

Année 1904

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 24 Novembre 1904

PAR

Frédéric-Georges VERNON

DE LA

VALEUR DU MÉLÆNA

COMME SIGNE

DE L'INVAGINATION AIGUE

CHEZ LE NOURRISSON

Président : M. DIEULAFOY, professeur

Juges : { *MM. BUDIN, professeur*
VAQUEZ, agrégé
DÉMELIN, agrégé.

PARIS

HENRY PAULIN ET C^{ie}, ÉDITEURS

21, RUE HAUTEFEUILLE (6^e)

1904

UNIVERSITÉ DE PARIS. — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. DEBOVE.

Professeurs :

Anatomie	MM. POIRIER.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	BRISSAUD.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.	RECLUS.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	GILBERT
Médecine légale	CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	DEJERINE.
	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
	LANDOUZY.
	GRANCHER.
Maladies des enfants	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux	LE DENTU.
Clinique chirurgicale.	TERRIER.
	BERGER.
	RECLUS.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN.
Clinique gynécologique	PINARD.
Clinique chirurgicale infantile	POZZI.
	KIRMISSON.

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.
AUVRAY	DUPRÉ	LEGRY	PROUST
BALTHAZARD	DUVAL	LEGUEU	RENON
BRANCA	FAURE	LEPAGE	RICHAUD
BESANÇON	GOSSET	MACAIGNE	RIEFTEL (Chef des
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MAILLARD	travaux anat.).
CARNOT	GUIART	MARION	TEISSIER
CLAUDE	JEANSELME	MAUCLAIRE	THIROLOIX
CUNEO	LABBÉ	MERY	VAQUEZ (AND.).
DÉMELIN	LANGLOIS	MORESTIN	WALLICH
DESGREZ	LAUNOIS	POTOCKY	

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Hommage de profonde reconnaissance et de sincère dévouement.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DIEULAFOY

Médecin à l'Hôtel-Dieu

Membre de l'Académie de Médecine

Professeur à la Faculté de Médecine

Commandeur de la Légion d'Honneur

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MES AMIS

AVANT-PROPOS

Pour ne point faillir à la tradition qui perpétue le bon exemple et resserre les liens de sympathie, nous ne pouvons manquer, à la fin de nos études, de remercier nos maîtres, dans la *Science médicale*.

C'est pour nous un agréable devoir de reconnaissance et de délicatesse.

Nous adressons à MM. les professeurs RECLUS, PINARD et GUYON, ainsi qu'à M. le professeur agrégé CHAUFFARD, notre meilleur souvenir pour les années d'études passées sous leur direction.

Que M. le professeur DIEULAFOY, qui a accepté avec tant de bienveillance la présidence de notre thèse, reçoive aussi l'hommage de notre profonde gratitude.

Que nos amis eux-mêmes et nos camarades d'études soient assurés que nous ne les oublions point dans notre souvenir affectueux.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

DE LA
VALEUR DU MÉLÆNA
COMME SIGNE DE L'INVAGINATION AIGUË
CHEZ LE NOURRISSON

PREMIÈRE PARTIE

—

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION

Le diagnostic de l'invagination intestinale est considéré suivant les auteurs soit comme étant d'une extrême difficulté, soit comme n'étant pas susceptible de donner lieu à discussion.

Dans un mémoire qui fait date dans l'histoire clinique de l'invagination, Rilliet (1) estime « qu'un grand nombre de maladies peuvent en imposer pour l'invagination non seulement à

(1) Rilliet. — *Gaz. des Hôpitaux*, janv.-fév., 1852.

un observateur peu attentif, mais même à un très habile médecin ». Tout au contraire, les auteurs qui ont traité récemment du même sujet regardent le diagnostic comme aisé. Broca, dont l'opinion est rapportée dans la thèse de son élève Trouvé (1), le considère comme facile, *pourvu qu'on y songe*. Jalaguier (2), dans son article des maladies de l'enfance, dit que le diagnostic ne présente pas de réelles difficultés, à condition également de penser à la possibilité de l'investigation.

Il est certain qu'un enfant présentant les signes d'une occlusion intestinale, avec selles sanglantes et boudin abdominal, facilement perceptible, est atteint d'une invagination. Dans ce cas, le diagnostic d'occlusion s'impose et comme l'invagination est le mécanisme le plus habituel de l'occlusion, dans l'enfance, on en est amené, sans hésitation, à penser à l'existence de cette lésion.

Mais dans la première enfance (Rilliet a bien insisté sur ce point) pendant une première période, qui peut durer plusieurs jours, l'invagination ne se traduit pas par des phénomènes d'occlusion. Souvent le nourrisson présente au contraire de la diarrhée. Et c'est pourtant à

(1) Trouvé. — *Thèse de Paris*, 1897-98.

(2) Jalaguier. — *Traité des maladies de l'enfance*, t. II, p. 699.

cette époque qu'il faudrait porter le diagnostic : un petit malade, traité au début, a beaucoup plus de chances de guérir que si l'on intervient dans les jours qui suivent. Les statistiques sont là pour le prouver (1).

Jalaguier, Pitts, d'Arcy Lowes... admettent que le traitement de l'invagination par la distension et en particulier par les lavements est susceptible de donner des succès si son emploi est limité aux vingt-quatre ou trente-six premières heures de la maladie.

Barker (2) a utilisé dix fois la méthode de la distension dans l'invagination intestinale. Sa statistique donne :

De 1 à 12 heures	5 cas	5 guérisons	
De 12 à 24 heures	3 cas	2 guérisons	1 mort
De 24 à 36 heures	2 cas	1 guérison	1 mort

On voit donc que tous les cas traités dans les douze premières heures ont été suivis de succès.

Les résultats du traitement par la laparotomie sont également d'autant meilleurs que l'opération est faite plus tôt (3). La mortalité globale

(1) Grisel. — Rapport au congrès de Rouen, séance du 8 avril 1904 (De l'invagination intestinale chez l'enfant).

(2) Barker. — *Arch. de Langenbeck*, 1903. t. LXXI p. 147.

(3) — Grisel. *Loc. cit.*

est de 40 0/0. Pour les opérations pratiquées dans les douze premières heures, elle est extrêmement faible (14 0/0 et même moins). De la douzième à la quarante-huitième heure, la mortalité reste stationnaire et oscille entre 39 et 31 0/0, soit en moyenne 35 0/0 ; puis elle s'élève brusquement ; au troisième jour à 54 0/0, au quatrième jour à 78 0/0.

Un diagnostic précoce est donc de toute importance pour le traitement.

Or, l'invagination intestinale est surtout fréquente dans la première enfance. La statistique de Grisel le prouve très nettement.

Sur 383 cas recueillis par lui, il en est 300 où l'âge exact des malades est indiqué.

204, c'est-à-dire 68 0/0, sont des nourrissons âgés de moins de un an.

22 c'est-à-dire 7 0/0	sont âgés de 1 à 2 ans,
9 c'est-à-dire 3 0/0	sont dans leur 3 ^e année,
17 c'est-à-dire 6 0/0	sont dans leur 4 ^e année,
38 c'est-à-dire 13 0/0	ont de 5 à 10 ans,
11 c'est-à-dire 3 0/0	ont de 10 à 15 ans,

Dans les 2/3 des cas, c'est donc le nourrisson qui est atteint. Et chez lui la maladie présente toujours une marche aiguë, parfois même suraiguë.

Il faudrait donc, au point de vue des résultats thérapeutiques, avoir un signe qui au moins chez le nourrisson permît de faire le diagnostic

d'invagination avant l'apparition des phénomènes d'occlusion, avant la constatation d'une tumeur abdominale.

Récemment, il nous a été donné d'observer l'évolution d'une invagination intestinale chez un nourrisson. Cet enfant avait été amené à l'hôpital parce qu'il présentait une hémorrhagie intestinale très abondante. Son ventre était assez souple, peu douloureux et la palpation n'y révélait rien d'anormal. Ce nourrisson avait eu des vomissements et des selles nombreuses composées de sérosités et de sang. Il était élevé au sein ; mais les tétées n'étaient pas réglées et de plus depuis deux mois (il avait sept mois) la mère le gorgeait de panades et de soupe. On pensa à une gastro-entérite aiguë par la suralimentation. Trente-six à quarante heures après, apparurent subitement les signes d'occlusion intestinale : ballonnement du ventre et suppression des selles. L'on songea à faire pratiquer de suite une intervention chirurgicale. Mais les événements se précipitèrent, et quelques heures plus tard, l'enfant mourait... L'autopsie révéla l'existence d'une invagination iléo-cæcale.

En réfléchissant sur cette observation, nous croyons qu'un seul signe aurait pu et même aurait dû nous faire porter le diagnostic précoce de cette invagination : c'est le *mélæna*. Les signes d'oc-

clusion sont apparus beaucoup trop tard. Les vomissements sont trop fréquents chez l'enfant suralimenté, même s'ils ne sont pas uniquement composés de lait caillé, pour avoir quelque valeur. Lors de l'entrée de l'enfant à l'hôpital, on crut bien sentir, à droite de l'ombilic, une masse mal limitée ; mais on ne put retrouver cette sensation fugace, quelques heures plus tard, lors d'un examen plus approfondi.

Seule l'hémorrhagie intestinale devait attirer notre attention.

La valeur diagnostique du mélæna, dans l'invagination intestinale aiguë du nourrisson, n'est pas du reste un fait nouveau. Elle a été bien mise en lumière pour la première fois dans le mémoire de Rilliet (1852), mémoire publié dans la *Gazette des Hôpitaux* et reproduit en grande partie dans la deuxième édition du *Traité des maladies des Enfants* de Rilliet et Barthez.

Avant Rilliet, aucun travail complet n'avait eu pour objet l'invagination intestinale. Des notes éparses avaient bien été publiées par John, Dœpp, Burns. Mais Gorham seul avait résumé les principaux caractères cliniques de l'intussusception, et surtout bien montré l'importance de l'hémorrhagie intestinale par le diagnostic.

Depuis Rilliet, cette notion s'accrédita de plus en plus. Cruveilhier va même jusqu'à considérer les selles sanguinolentes comme pathogno-

moniques de l'invagination. Raffinesque (1) dans sa thèse, étend la notion de Rilliet à l'invagination chronique. Trèves (2), dans son traité de l'obstruction intestinale, estime que le mélæna se rencontre dans 80 0/0 des cas et il lui reconnaît une grande valeur. Les auteurs récents se rangent presque tous à cette opinion. Joyau (3) estime que la principale cause d'hémorrhagie intestinale chez le nourrisson est de beaucoup l'intussusception. Trouvé pense que le diagnostic repose « sur une exploration bien conduite faisant sentir le boudin, sur la constipation avec évacuation des matières sanguinolentes. » L'existence du mélæna est notée dans les observations de Leguen, Lyot, Vauverts, Moutard, Martin... etc. ; mais, à vrai dire, les auteurs n'attachent pas toujours à ce signe une importance primordiale. Beaucoup attendent l'apparition de la tumeur abdominale pour opérer. C'est peut-être même pour cela qu'on diagnostique moins souvent l'invagination intestinale en France qu'en Angleterre et que moins souvent on la guérit. Tous les auteurs anglais (Northrup,

(1) Raffinesque. — De l'invagination chronique, *Thèse de Paris*, 1878.

(2) Trèves. — De l'obstruction intestinale, Londres, 1884.

(3) Joyau. — *Thèse de Bordeaux*, 1886-87 ; Des hémorrhagies intestinales du premier âge, consécutives à l'invagination,

Packard, Heaton, Barkir, John Burlow, Rigby, Morgun, Riddell) partagent l'avis de Rilliet : « Chez le nourrisson, l'écoulement sanguin par le rectum est pathognomonique de l'invagination lorsqu'il est joint à des vomissements continus, accompagnés d'anxiété, de cris aigus et intermittents et de décomposition des traits, alors même que le ballonnement du ventre, la tumeur abdominale et les vomissements stercoraux manquent ».

Dans les cas plus rares où l'invagination se présente chez des enfants de 3 à 10 ans, le mé-læna existe encore souvent, mais n'a pas la même importance ; des causes d'erreur trop nombreuses interviennent pour qu'on puisse fonder sur ce signe un diagnostic. Du reste, dans la seconde enfance, l'invagination offre des symptômes analogues à ceux de l'invagination de l'adulte : les phénomènes d'occlusion se montrent plus tôt et dominent la scène. Au fur et à mesure que le malade est plus âgé, le mé-læna est moins fréquent, moins précoce, l'obstruction intestinale plus rapidement marquée. Chez l'adulte, qui, du reste, présente très rarement de l'invagination, l'hémorrhagie est inconstante. C'est ainsi qu'elle manquait dans les cas récents de P. Cavaillon (1) et de E. Cecchetelli (2).

(1) P. Cavaillon. — *Province médicale*, juin 1901.

(2) E. Cecchetelli. — *Gaz. degli osped.*, mai 1902.

Le mélæna n'a donc une réelle valeur que chez le nourrisson. Et c'est seulement chez lui que nous en étudierons les caractères, tâchant de montrer comment il s'associe aux autres signes, comment il permet d'établir un diagnostic et par conséquent un traitement précoce.

Nous n'avons pas la prétention de rapporter ici toutes les observations publiées d'invagination aiguë chez le nourrisson. Nous avons seulement rassemblé celles où l'histoire clinique était suffisamment détaillée, en choisissant de préférence les plus récentes, parce que seules, celles-ci nous permettent de bien juger quelle conduite thérapeutique on doit tenir, à l'heure actuelle, en présence d'une invagination intestinale aiguë.

CHAPITRE II

ÉTUDE DE L'HÉMORRHAGIE INTESTINALE DANS L'INVAGINATION.

L'invagination intestinale peut être assimilée à une hernie de l'intestin dans l'intestin (1).

Dans une première phase, il y a invagination simple, hernie entérique simple, sans accident, comme réductible; l'occlusion intestinale n'existe pas, et c'est ainsi qu'au début de presque toutes nos observations, le ballonnement du ventre manque : lors de la formation de l'invagination, on note seulement de la douleur et des vomissements réflexes. Si l'invagination subsiste quelque temps, des troubles circulatoires ne tardent pas à se produire dans la portion invaginée. Cette partie de l'intestin se congestionne d'une façon intense. Or, chez le nourrisson, le tube digestif, recouvert d'un épithé-

(1) Michaux. — *Rapport à la Soc. de chirurgie*, 27 juin 1900.

lium très mince, est extrêmement riche en vaisseaux fragiles : il se formera facilement des transsudations sanguines qui seront rejetées d'autant plus aisément par l'anús que chez lui l'invagination sera presque toujours sur le gros intestin (84 0/0 des cas dans la statistique de Grisel). Ainsi s'explique pourquoi le mélæna est particulièrement fréquent et précoce dans la première année.

Cependant la hernie entérique simple va tendre à s'étrangler. Le collet de l'invagination va se resserrer. Au mélæna et parfois à la sensation de boudin abdominal vont venir s'ajouter les signes d'un étranglement intense.

Telle semble être la marche ordinaire de l'invagination.

La première phase peut être de courte durée. Elle peut même manquer, et parfois les phénomènes d'occlusion éclatent de suite. Beaucoup plus souvent elle existe, mais elle n'est pas reconnue. Et pourtant c'est à ce moment qu'il faudrait agir pour être presque sûr de guérir.

Ce diagnostic précoce est possible. Les auteurs anglais qui opèrent quelquefois une heure après le début des accidents, le regardent même comme très facile (Barker).

Il repose sur quatre signes principaux : la douleur, les vomissements, le mélæna, la présence d'une tumeur abdominale.

« Le début est soudain, avec des cris et des mouvements des jambes ; puis la douleur devient intermittente, et par intervalles l'enfant est tranquille et ne paraît pas malade. Au commencement, il n'y a pas d'élévation de température. Le ballonnement du ventre est peu accentué ; le ventre peut même être aplati et mou. L'enfant, un peu pâle, repose tranquillement et ne souffre que de temps à autre de douleurs abdominales. Très vite, il se produit une évacuation de mucosités sanglantes. Si l'on explore le ventre, on sent presque toujours sans difficulté une tumeur en quelques points de l'abdomen, le plus souvent dans la région du gros intestin. Lorsqu'elle siège sous le foie, du côté droit, la tumeur est fixée et difficile à palper. Au bout de quelque temps, on sent la tumeur en forme de boudin, ou sur la ligne médiane, ou dans le flanc gauche ; alors le toucher rectal permet de la sentir, et on retire le doigt couvert de mucosités sanglantes à odeur de poisson (1). »

De ces différents signes, le mélæna nous semble le plus important, parce qu'il est presque constant, parce qu'il est précoce, parce que sa constatation ne donne guère lieu à discussion.

(1) Barker. — *Archives de Langenbeck*, 1903, t. LXXI, p. 147.

Nous avons déjà vu que Trèves estimait la fréquence du mélæna à 80 0/0 des cas d'invagination. Rilliet pense qu'il ne manque presque jamais dans l'invagination du gros intestin. Jallaguiet, dans son article *du Traité des maladies de l'enfance*, dit qu'il ne manque presque jamais. Le Dr George Heaton (1), dans une étude basée sur 104 cas, a rencontré le mélæna dans 85 à 90 0/0 des observations.

Nous croyons également que *le mélæna est extrêmement fréquent*. Sur 46 observations que nous avons réunies, le mélæna n'est pas signalé dans trois cas (observations XVI, XIX et XLII).

Et encore, dans l'observation XVI, la malade qui n'avait pas eu de mélæna pendant une première invagination, présenta une selle sanglante, presque pure, accompagnée de vomissements, lors d'un début de récurrence, 3 mois après le premier accident.

Le malade XIX eut plusieurs petites entérorrhagies, mais après l'opération de la désinvagination : ce symptôme ne contribua donc en rien au diagnostic.

Le sang dans la grande majorité des cas, *apparaît dans les selles le premier jour*. Quelquefois même, l'hémorrhagie intestinale est le pre-

(1) Heaton. — *British med. Journal*, 20 déc. 1900, p. 1789. Birmingham and midland Counties branch of the *British medic. assoc.*, 8 nov. 1900.

mier symptôme de l'intussusception (11 cas sur 46).

Dans l'observation de O. Day (obs. IV), l'enfant émet subitement une grande quantité de sang. Dans ce cas, aucun phénomène prodromique n'est noté; mais dans la plupart des observations de ce genre, on constate que, déjà la veille, l'enfant était mal en train (obs. VI), ou bien que l'entérorrhagie s'est montrée après une période de constipation assez longue (6 jours dans l'observation XIII, 8 jours dans l'observation XIV), après des troubles gastro-intestinaux, très divers, du reste, en leur nature (obs. XLV et XLVI). Dans un cas (obs. XLV), le mélæna resta pendant 15 jours le seul symptôme qui pût faire penser à une invagination.

On diagnostiqua, du reste, pendant toute cette période une dysenterie, bien que le malade n'eût ni fièvre, ni diarrhée.

Mais ces faits sont très rares. Dans les autres observations, la douleur et les vomissements se sont montrés dans les heures qui ont suivi l'émission de la première selle liquide. La triade symptomatique, douleur, vomissement, mélæna, s'établit toujours en très peu de temps. Dans l'observation XI, vers 6 heures du matin, l'enfant se met à crier; il refuse le sein et paraît souffrir du ventre assez violemment. La mère le démaillotte, et aussitôt est expulsée par l'anus

une assez grande quantité de glaires et de sang ; une heure après apparaissent les vomissements. Le mélæna et les vomissements se sont manifestés simultanément dans les cas XXV, XXVI, XXX, XXXI.

Dans la généralité des cas, les selles sanglantes ont été notées dans les heures qui ont suivi le début des accidents (18 cas sur 46). Elles se montrèrent presque en même temps que la crise douloureuse initiale dans les cas II et IX, trois heures après cette crise dans l'observation XXVIII (il est juste d'ajouter qu'ici la mère avait donné de l'huile de ricin à son enfant immédiatement après le paroxysme douloureux), quelques heures après la douleur (observations III et XV), douze heures après (observations XII et XLIII).

En même temps que le mélæna, peuvent apparaître les vomissements (observations XVIII, XXXIV, XXXV, XXXIX). Chez le malade XXXVIII, le mélæna se produisit une heure après la douleur, quatre heures avant les vomissements. Plus souvent douleur et vomissements sont antérieurs au mélæna (observations I, XXIII, XXIX). Dans l'observation XXIV, l'entérorrhagie s'est produite dix heures après la douleur, deux après les vomissements. Dans l'observation XXXII, il n'y avait pas eu d'hémorrhagie spontanée, alors que des vomisse-

ments s'étaient produits. A l'examen, on constata la présence d'une tumeur abdominale ; on fit le toucher rectal et le doigt ramena du sang.

Dans des cas plus rares, le mélæna s'est montré entre douze et vingt-quatre heures après le début des accidents (8 cas sur 44). Dans toutes ces observations, la douleur et les vomissements se sont manifestés avant l'entérorrhagie. Les vomissements peuvent être antérieurs de quelques heures seulement (obs. V), de douze heures (obs. XLIV), de vingt-quatre heures (obs. XVII et XXXVI). Presque en même temps que l'hémorrhagie, une tumeur abdominale peut se manifester (observations XXII et XXVII). Dans un cas (obs. XXI), douleurs, vomissements, tumeurs ont précédé le mélæna qui ne s'est produit qu'après l'administration d'un lavement. Dans un autre cas, le mélæna n'apparaît qu'alors qu'il y avait déjà vomissements et tumeur, et que le malade allait être opéré (obs. XXXIII).

Dans une observation (obs. XX), une entérorrhagie se produisit dix jours après l'établissement de la constipation, deux jours après l'apparition des vomissements.

Enfin, dans un des cas, le mélæna ne se manifesta que cinq jours après les vomissements.

Dans les observations VII, VIII, X, XXXVII, le mélæna est noté. Il semble même avoir été

précoce ; mais les renseignements à ce sujet ne sont pas très précis.

En résumé, sur 46 observations, le mélæna est signalé quarante-trois fois.

Trois fois, soit 7 0/0, il a manqué.

Sur les 43 cas où le mélæna est noté (soit 93 0/0), le moment de son apparition est indéterminé dans 4 cas. Dans les 39 observations qui restent, le mélæna a été le premier symptôme dans 11 cas. Il est apparu dans les douze premières heures dans 18 cas, dans les vingt-quatre premières heures dans 8 cas, le deuxième jour dans un cas, le cinquième jour dans 1 cas.

Généralement, le mélæna persiste pendant toute l'évolution de la maladie. Cependant l'entérorrhagie peut ne se manifester que pendant un ou deux jours. C'est ainsi que l'hémorrhagie intestinale cessa le troisième jour dans l'observation XV, le deuxième jour dans l'observation XI. Elle ne se produisit que le premier jour dans le cas XXXIV. Dans l'observation XXVIII, l'enfant eut trois ou quatre selles sanguinolentes en l'espace de trois heures, le premier jour ; puis les selles sanglantes ne se reproduisirent plus. Dans l'observation XVII, une seule entérorrhagie se produisit au début et fut remplacée par la constipation.

Parfois, au contraire, le mélæna persiste

pendant quelque temps, même après la réduction opératoire de l'invagination. C'est ainsi que le malade de l'observation XL rendit une selle sanguinolente neuf heures après l'opération. Une selle sanglante fut évacuée le lendemain de la réduction dans les observations XXII et XXV (elle était très abondante dans ce dernier cas). Le mélæna se prolongea même pendant plusieurs jours dans l'observation XXXIII.

Nous avons déjà noté que, dans l'observation XX, le mélæna ne se produisit qu'après l'opération.

Les caractères des selles sanglantes sont assez variables suivant les cas et même suivant la période de la maladie à laquelle on les envisage.

Dans un certain nombre de cas, le nourrisson n'évacue, pendant toute la maladie, que du sang pur ou presque pur. L'enfant qui est le sujet de la communication de Leguev (obs. IX) était constipé depuis six jours, et, depuis cette date, il n'avait émis que du sang. On trouve plusieurs exemples semblables consignés à la fin de ce travail (obs. XII, XVII, XXIII, XXIV, XXXI, XXXVIII, XL, XLI). Ces évacuations peuvent être très fréquentes quelquefois au contraire, assez rares (quatre ou cinq dans l'observation XXXVIII) et même se réduire à une seule (observation XVII et XXXI).

Dans d'autres cas, les selles, d'abord muco-sanguinolentes, deviennent purement sanglantes (obs. VI et XXIII). L'alternance inverse est, à la vérité, plus fréquente : on voit plus souvent des selles d'abord sanglantes, devenir muco-sanguinolentes (obs. I, XII et XV).

En effet, ce que l'on observe, en général, c'est l'évacuation du sang mélangé à de la sérosité ou à du mucus (observations V, VII, XI, XVIII, XXI, XXVI, XXX, XXXI, XXXIII, XXXIV, XXXV, XXXIX, XLIII). Souvent, les selles sont liquides, rosées, entourées d'une large auréole rouge très évidemment sanguine ; d'autres fois, elles sont franchement rouge clair et l'on a simplement l'impression que le sang est étendu d'un peu de sérosité (obs. I). Parfois, au contraire, ce sont de petites selles fréquentes se répétant dix et quinze fois par jour, véritables crachats muqueux, striés de sang. Plus rarement, les selles sanguinolentes peuvent donner l'impression de frai de grenouille (forme dysentérique de l'invagination aiguë) d'où la confusion avec de véritables selles dysentériques, surtout si elles s'accompagnent de ténésme et d'épreintes. Enfin, l'émission de sang peut être précédée d'une diarrhée abondante, pouvant être de couleur verte ; les selles sanguinolentes peuvent, du reste, elles-mêmes, renfermer du mucus vert. Et l'on conçoit ainsi la possibilité de con-

fondre l'invagination avec la gastro-entérite suraiguë des nourrissons.

Il est exceptionnel que le sang soit évacué avec des matières fécales bien moulées. Ce fait n'est noté que dans l'observation XIV et encore n'y existait-il que d'une façon inconstante.

En somme, les caractères de la diarrhée sont souvent variables chez un même malade. Les selles de sang pur alternent souvent avec des selles séro-sanguinolentes ou muco-sanguinolentes. Dans beaucoup de cas même, on note des alternatives de diarrhée et de constipation. Car il n'est peut-être pas tout à fait juste d'écrire avec Rilliet que, « à l'inverse de ce qu'on observe dans l'étranglement interne, la constipation est ici un symptôme exceptionnel ». Cette opinion nous semble excessive, et nous croyons que dans l'invagination, la constipation, même la constipation absolue, est beaucoup moins rare qu'on a voulu le dire.

Le sang rendu n'est pas toujours du sang rouge. Il peut séjourner longtemps dans l'intestin et être évacué à l'état de sang noir (obs. XII). Quelquefois un caillot se forme, constitue une sorte de tumeur dans l'ampoule rectale et peut paraître, comme dans l'observation de Petit, être la cause de l'arrêt des matières.

Exceptionnellement, l'hémorrhagie est d'une extrême abondance. On a vu dans certains cas

(Markwick, Jackson), le sang couler à flots et l'hémorrhagie provoquer une syncope mortelle. Ces faits sont extrêmement rares et nous n'en relevons pas dans nos observations. Toutefois, chez le malade IV, l'hémorrhagie fut telle qu'il y eut collapsus. Dans les observations XIV, XXXIX, XLI, XLV, elle fut assez abondante pour déprimer les enfants. Dans la plupart des cas, l'hémorrhagie est moyenne (obs. I, VI, XXII, XXIII, XXVI...) Généralement, au milieu d'un assez grand nombre de selles sanguinolentes, apparaît une selle de sang pur qui suffit pour lever tous les doutes entre une invagination et une gastro-entérite à selles muco-sanglantes. Dans quelques cas assez rares, l'hémorrhagie est minime. Le malade XXXIX eut une seule selle sanguinolente ; le malade XXXIX n'eut pas de mélæna, mais le doigt introduit dans le rectum fut retiré souillé de sang.

Dans ces derniers cas, l'hémorrhagie intestinale n'a qu'une importance diagnostique. Dans les premiers cas, au contraire, le mélæna domine le complexe symptomatique. Il peut même être le seul symptôme qui attire l'attention (obs. IV) et force à l'intervention. Dans l'observation XIV, l'hémorrhagie reste le seul signe manifeste pendant plus de quinze jours.

Mais ces faits sont rares et, dans la grande

majorité des cas, le mélæna s'accompagne de phénomènes concomittants.

La douleur et les vomissements sont les plus fréquents et les plus précoces de ces phénomènes.

Le plus souvent la douleur est le premier symptôme observé. Dans la grande majorité des cas, elle précède le mélæna ; moins souvent elle apparaît avec lui ; très rarement (obs. XLV, XLVI) elle lui est postérieure. Elle est constante et toujours assez vive pour attirer l'attention. Dans un seul cas (obs. XLII), elle fut peu prononcée. Son début est brusque ; l'enfant, tout à coup, pousse des cris aigus, il est anxieux, agité, donne des signes de vive souffrance ; elle se présente, par la suite, sous forme de crises intermittentes, qui se succèdent d'abord à très courts intervalles, puis à intervalles souvent plus éloignés ; elle dure pendant toute l'évolution de la maladie, jusqu'à ce que l'enfant tombe dans le collapsus et le coma.

De même que la douleur, les vomissements sont un symptôme précoce et constant (ils n'ont manqué que dans un cas : obs. XIV) de l'invagination aiguë du nourrisson. Nous avons vu qu'ils sont le plus souvent antérieurs au mélæna, qu'ils peuvent lui être concomittants et plus rarement consécutifs.

Leurs caractères sont ceux des vomissements

alimentaires ou bilieux. « Les deux ou trois premiers jours, les enfants rejettent tout ce qu'ils prennent, le lait de leur nourrice, les boissons, en quelque petite quantité qu'on les leur donne. Ils vomissent aussi spontanément des matières muqueuses ou bilieuses, presque jamais du sang. La maladie peut suivre tout son cours et se terminer par la guérison ou par la mort sans qu'ils aient vomi de matières stercorales.

« Quand les vomissements fétides, verdâtres, mousseux, rappelant l'aspect des matières fécales, apparaissent, c'est à une période voisine de la mort, la veille ou l'avant-veille (voir notre observation XVI). Les vomissements ont, en général, lieu sans efforts ; ils ressemblent plutôt à des régurgitations. Ils sont quelquefois suivis d'un affaissement tel que l'on peut craindre que la mort ne soit la conséquence de l'épuisement des forces vitales. Le plus souvent, ils persistent jusqu'à la terminaison fatale ou à la guérison » (Rilliet).

Douleur, vomissements, mélæna forment une triade symptomatique à peu près constante dans l'invagination du nourrisson. Toutefois, certains auteurs, pour porter le diagnostic d'invagination, tiennent surtout compte de l'apparition d'un quatrième symptôme : la tumeur. Malheureusement, la tumeur est un symptôme

inconstant et un symptôme souvent tardif.

Sur nos 46 observations, 6 ne comportent aucune indication au sujet de l'existence d'une tumeur abdominale (obs. III, XV, XVI, XVII, XXXI, XXXVII).

Restent 40 observations. On ne perçut pas de tumeur dans 8 cas : observations I, IV, XVIII, XX, XXXIX, XLIII, XLIV, XLV, soit 18 0/0 des cas.

Dans les 32 autres observations, il y eut tumeur constatée.

Dans 3 cas, la tumeur, les vomissements, la douleur ont été antérieurs au mélæna. (Obs. XIX, XXI, XXXII, XXXIII, XLII.)

Dans 7 cas, les vomissements sont apparus avant la tumeur, après le mélæna. Il en fut ainsi dans trois observations, XXII, XXIV, XXVII. Dans les observations II et XXII, elle fut perçue par le toucher rectal presque aussitôt après la première hémorrhagie. Dans l'observation XLI, l'hémorrhagie précéda la tumeur de deux jours. Dans l'observation V, la tumeur fut sentie dans le rectum le 4^e jour des accidents.

La mort survint quelques heures plus tard.

Dans 6 cas, les vomissements sont apparus en même temps que le mélæna, la tumeur après (obs. XXV, XXXV). Elle fut perçue quelques heures plus tard dans l'observation XII, le lendemain, dans les observations XI, XXX,

trois jours après dans l'observation XXXVI.

Dans 3 cas, les vomissements et la tumeur sont postérieurs au mélæna. Dans l'observation IX, la tumeur fut perçue peu après l'apparition du mélæna. Dans l'observation VI, elle fut sentie le lendemain.

Dans le cas XIII, elle est apparue après le mélæna, mais le temps écoulé n'est pas déterminé.

Dans 1 cas, obs. XIV, il n'y eut pas de vomissements, les hémorrhagies duraient depuis 15 jours, lorsque la tumeur est apparue. La mort survint peu après.

La date d'apparition de la tumeur est indéterminée dans 10 cas. Observations VII, VIII, X, XXVI, XXVIII, XXIX, XXXIV, XXXVIII, XL, XLVI. Dans la plupart de ces cas, elle est nettement postérieure au mélæna.

En résumé, la tumeur abdominale a manqué dans 18 0/0 des cas.

Sur les 32 cas, où elle a été constatée ; son moment d'apparition est noté 22 fois.

Sur ces 22 cas, la tumeur a été antérieure au mélæna 5 fois, elle lui a été postérieure 17 fois.

Baser un diagnostic sur un signe aussi inconstant et aussi tardif, n'est-ce pas exposer le malade à ne plus être en état de profiter des moyens thérapeutiques dont nous disposons ?

Nous n'insisterons pas ici sur le siège de la tumeur, sa forme, son volume. Nous rappelle-

rons seulement qu'il faut faire le toucher rectal lorsqu'on soupçonne une invagination. C'est par le toucher rectal qu'on a reconnu nettement l'existence d'une tumeur, dans 4 de nos cas (obs. V, XXIII, XL, XLIII).

Nous n'insisterons pas davantage sur les phénomènes digestifs ou les phénomènes généraux qui peuvent accompagner l'invagination. Ils sont extrêmement variables et n'ont pas une grande importance pour le diagnostic. Nous noterons toutefois que la soif manque le plus souvent; c'est là un bon signe différentiel d'avec le choléra infantile.

Quant aux symptômes d'obstruction intestinale, ils apparaissent toujours à une période si tardive, qu'à ce moment la mort est proche. Ils sont apparus le 4^e jour dans l'observation I, le 7^e jour dans l'observation XVII. Dans les deux cas, la mort est survenue le jour même de leur apparition.

Cette étude symptomatologique de l'invagination intestinale, chez le nourrisson, nous montre donc que, pour que le diagnostic de cette affection puisse être fait à temps utile, il faut qu'il se pose sur la seule constatation des trois symptômes précoces et constants de la maladie : la douleur, les vomissements, l'hémorragie. En pratique, il nous semble que la chose est possible.

CHAPITRE III

DU DIAGNOSTIC DE L'INVAGINATION FONDÉ SUR L'HÉMORRHAGIE INTESTINALE

Des trois symptômes initiaux et constants de l'invagination intestinale, seule l'hémorrhagie attire vraiment l'attention.

Qu'un nourrisson, tout d'un coup, se mette à crier, qu'il ait des coliques, qu'il présente des vomissements même bilieux, on n'y prendra pas garde : ce sont accidents trop fréquents chez lui pour que la mère s'en effraye ; il n'en sera pas de même s'il s'est produit une selle sanglante. Elle consultera tout de suite, à cause de l'apparition de ce phénomène ; souvent même, elle ne parlera pas des autres symptômes ; il faudra l'interroger pour connaître l'histoire de la maladie. Et si cette histoire est nette, le diagnostic sera fait, même si l'on ne découvre pas de tumeur en boudin, ni par la palpation de l'abdomen, ni par le toucher rectal. Car chez le nourrisson, une hémorrhagie intestinale est un signe pathognomonique d'invagination, quand

elle survient au cours d'une maladie apyrexique ayant débuté *subitement* quelques heures ou quelques jours auparavant, et s'étant caractérisée par des douleurs abdominales et par des vomissements.

Les causes de l'hémorrhagie intestinale chez le *nourrisson*, en effet, sont relativement peu nombreuses.

Le mélæna des nouveau-nés se distingue si facilement de l'hémorrhagie de l'invagination que le diagnostic différentiel n'est pas à faire.

Le mélæna survient parfois quelques heures après la naissance, généralement pendant les deux ou trois premiers jours de la vie, rarement plus tard. Il se caractérise le plus souvent par une hémorrhagie copieuse se traduisant immédiatement par des symptômes généraux : pâleur du visage, abattement, abaissement de la température, petitesse du poulx... Les vomissements n'existent pas ; ou, s'ils se produisent, ils sont composés de sang pur : il s'agit d'une véritable hématomèse.

Il ne pourrait y avoir confusion que dans des cas extrêmement rares où les lésions de l'invagination ont débuté pendant la vie fœtale. Piqué a constaté, chez un fœtus à terme mort-né, cinq invaginations probablement anciennes. Markwick a vu les accidents éclater à l'heure même de la naissance. Chiari a observé chez

un nouveau-né l'atrésie de l'iléon consécutive à une invagination fœtale. Ce sont là les seuls faits de ce genre que nous ayons pu trouver. L'invagination se montre d'une façon exceptionnelle dans les 4 premiers mois de la vie ; elle est surtout fréquente du 4^e au 7^e mois.

Cette seule notion permet le diagnostic...

Les hémorrhagies traumatiques (1) sont assez rares chez les nourrissons. Rarement des enfants n'ayant pas encore un an avalent des objets qui peuvent ulcérer la muqueuse intestinale. En tout cas, les commémoratifs passent rarement inaperçus, et l'histoire de la maladie est différente.

Les ascarides peuvent provoquer des accidents beaucoup plus voisins de ceux qui caractérisent l'invagination intestinale ; ils peuvent occasionner des douleurs subites, vives, pongitives, avec tuméfaction abdominale, des désordres de l'appétit avec nausées et vomissements, de la diarrhée avec selles glaireuses et même sanguinolentes. Mais si les ascarides peuvent exister chez le nourrisson, ils sont surtout fréquent chez l'enfant de 2 à 3 ans ; d'autre part, ils donnent rarement lieu à la *réunion* de tous les symptômes précédents. Enfin, les hémorrhagies causées par eux sont toujours minimes :

(1) Costantinesco. — Des hémorrhagies intestinales chez l'enfant. *Th.*, Paris, 1897.

un seul ver peut causer des hémorrhagies aussi intenses que celles de l'invagination : c'est l'ankylostome duodéal ; mais sa présence ne se traduit que par des hémorrhagies répétées, à assez longue distance parfois, et elle est *exceptionnelle* chez les enfants.

Plus fréquentes sont chez eux les hémorrhagies intestinales d'origine mécanique. Après une longue période de constipation (fait extrêmement rare chez un enfant à la mamelle), un nourrisson peut avoir, dans certains cas, une selle souillée de quelques filets de sang. Mais cette hémorrhagie *minime* ne se *renouvelle pas*.

Si l'ulcère simple de l'estomac est très rare dans l'enfance (on en a signalé 1 cas chez un enfant de 23 mois), il n'en est pas de même de l'ulcère du duodénum. Sur 272 cas de la statistique de Collin, 17 appartiennent à la première année de la vie. Le diagnostic de cette lésion est à peu près impossible chez le nourrisson. On peut noter toutefois, comme signes différentiels d'avec l'invagination, la non-existence constante d'une tumeur, le rapport de l'apparition de la douleur avec les repas, et l'existence fréquente d'hématémèse. Si l'enfant ne succombe pas à la première crise, d'autres crises se produisent. Et cette répétition des accidents douloureux et hémorrhagiques peut mettre sur la voie du diagnostic.

Des rétrécissements de l'intestin et du rectum ont été signalés chez les enfants dans quelques cas. Latents pendant des mois, ils peuvent se traduire brusquement par des phénomènes rappelant ceux de l'étranglement interne ; ils peuvent donner lieu à des selles muco-sanguinolentes. A moins que le rétrécissement ne soit bas situé et abordable par le toucher rectal, le diagnostic ne sera fait que par l'évolution de la maladie et les alternatives de période de diarrhée et de constipation.

Les affections du rectum et de l'anus sont, après l'invagination, la cause la plus fréquente des hémorrhagies intestinales du nourrisson. Les enfants atteints de polype du rectum ou de prolapsus, de fissure à l'anus rendent, en effet, assez souvent du sang dans les selles. « Mais ce symptôme solitaire ne s'accompagne d'aucun autre dérangement de la santé générale. Il n'y a ni vomissements ni ballonnement du ventre ; d'ailleurs ces petites hémorrhagies n'ont guère lieu qu'une ou deux fois par jour. Les selles ne sont pas muqueuses, striées de sang ou composées de sang pur ; ce sont des matières plus ou moins dures qui sont recouvertes d'une couche sanguine au moment de leur passage dans la dernière portion de l'intestin. » Du reste, ces maladies ont des signes objectifs faciles à reconnaître et qui ne permettent guère l'erreur.

Toutefois, dans certains cas, comme dans notre observation XI, le diagnostic peut n'être fait que très tardivement entre un polype du rectum et une invagination.

Les hémorrhagies intestinales dues soit à des intoxications, soit à des infections, sont assez rares chez le nouveau-né.

On a rapporté chez le nourrisson un assez grand nombre de cas d'hémorrhagies intestinales légères, dues à l'administration du calomel pendant plusieurs jours consécutifs. C'est là une cause d'erreur facile à éviter.

Certains enfants peuvent présenter des dyscrasies entraînant des hémorrhagies.

L'hémophilie peut se manifester à cet âge. Il est bien rare dans ces cas que la première hémorrhagie se fasse par l'intestin. Et même, dans ce cas, le complexe symptomatologique n'est pas le même, l'hémorrhagie étant le seul symptôme observé.

On a constaté chez de jeunes enfants des selles de purpura, avec hémorrhagie intestinale ; l'apparition antérieure des taches cutanées suffit pour fixer le diagnostic ; d'ailleurs, les vomissements manquent.

Dans la maladie de Barlow, les hémorrhagies sont tout à fait exceptionnelles, au dire de Barlow lui-même.

Les fièvres éruptives peuvent présenter, chez

l'enfant comme chez l'adulte, des tendances hémorrhagiques : elles sont suffisamment caractérisées par leur syndrome clinique pour que nous n'insistions pas sur ce point.

On a noté dans la coqueluche un cas d'hémorrhagie intestinale vraie.

La malaria peut être parfois la cause d'erreur. Témoin une observation rapportée dans la thèse de Joyau (1).

Un médecin de Nantes est appelé dans un quartier marécageux de la ville, près d'un enfant qui avait présenté subitement une hémorrhagie intestinale. Dans ce quartier, la malaria régnait à l'état endémique. On lui raconta que, dans la même maison, un autre enfant avait présenté des accidents analogues qui avaient ensuite disparu sans traitement. Le médecin se laissa influencer ; il fit le diagnostic de malaria, bien que l'enfant ne présentât point de fièvre. Trois jours plus tard, il sentit une tumeur dans l'abdomen, et le 4^e jour, l'enfant mourut d'invagination intestinale aiguë.

Toutes ces causes d'erreur sont, en somme, faciles à éviter, parce qu'elles ne sont possibles que dans des cas très rares. Il en est tout autrement des affections se caractérisant principalement par des symptômes intestinaux.

(1) Joyau. — *Th. de Bordeaux*, 1886-87.

La dysenterie offre, à certains égards, la ressemblance la plus complète avec l'invagination. « Quand les selles, dans cette dernière maladie, sont petites, muqueuses et mélangées de stries sanguines, elles sont tout à fait semblables aux selles dysentériques. »

Mais dans la dysenterie, qui d'ailleurs est infiniment rare dans la première enfance, on n'observe pas des vomissements incessants comme dans l'invagination ; le début n'est pas aussi brusque, la maladie ne chemine pas si rapidement ; elle est d'ailleurs le plus souvent épidémique. » (Rilliet et Barthez). Enfin elle s'accompagne de fièvre. Cependant l'invagination a été prise quelquefois pour une dysenterie.

Rilliet en rapporte un cas, et nous-même en signalons un exemple (observation XIV).

Rilliet rapporte qu'il prit le premier cas d'invagination qu'il observa pour une entérite cholériforme. Il avait été trompé par la fréquence des vomissements et la répétition des selles. Mais dans le choléra infantile, les selles ne sont pas sanglantes ; « jamais au microscope on ne rencontre de globules rouges, même lorsque les selles sont rosées ; en ce cas, on n'aperçoit que de l'hématoïdine en cristaux ou en grains » (Marfan) (1). D'autre part, dans le choléra infan-

(1) Marfan. — Le choléra infantile. *Presse médicale*, 30 juillet 1900.

tile, « la soif est insatiable, le ventre flasque, le refroidissement général, l'émaciation considérable et prompte, tous symptômes qu'on ne trouve jamais réunis dans l'invagination. »

Dans notre observation I, nous confondons longtemps l'invagination intestinale existante avec une gastro-entérite aiguë. Dans les deux maladies, il peut exister une diarrhée verte ; dans l'invagination on a même signalé des cas où les selles contenaient du mucus verdâtre. Mais dans les diarrhées vertes banales, il n'y a pas de sang dans les excréta à streptocoques. Les gastro-entérites aiguës vraiment peuvent seules donner lieu à discussion. D'après Escherich, elles seraient caractérisées par un début soudain avec vomissements et selles sanguinolentes. Comme l'invagination, elles seraient surtout fréquentes de trois à sept mois. Mais à l'opposé de cette affection, elles seraient l'apanage des débuts, elles s'accompagneraient souvent d'une fièvre assez élevée, et vers la fin les vomissements deviendraient séro-sanguinolents... Du reste, la fréquence et même l'existence de la gastro-entérite à streptocoques ont été vivement discutées. Il s'agirait plutôt, dans ces cas, d'après Nobecourt et Hutinel, d'infection par associations microbiennes.

L'entérite muco-membraneuse se rencontre assez rarement avant l'âge de un an. Elle se

caractérise par des vomissements d'abord alimentaires, puis bilieux et par l'état des selles. Celles-ci sont composées de paquets de glaires contenant parfois des amas de pus et de sang se rapprochant des selles de la dysenterie. Plus tard elles deviennent muqueuses et mousseuses. Mais jamais elles ne contiennent de grandes quantités de sang, et le début de l'accès est marqué par une *fièvre très élevée* qui n'existe pas à la période initiale de l'invagination...

La tuberculose intestinale, d'après Mayard est impossible à diagnostiquer, mais elle est extrêmement rare dans la première enfance. Du reste elle peut être la cause d'une invagination ultérieure ainsi que le prouve notre observation XLII.

La fièvre typhoïde chez le nourrisson est rare. Cependant les nouvelles méthodes d'exploration ont permis de la déceler plus fréquemment qu'autrefois. Elle revêt à cet âge une forme un peu spéciale. Nobécourt et Voisin (1903), Forget ont insisté sur cette question. Les signes cliniques sur lesquels on pourra se baser sont : la diarrhée qui est légère, l'apparition, bien que rare de taches rosées et surtout l'existence d'une fièvre continue sans localisation bien nette. La notion de contagion est importante à considérer. Mais certainement le meilleur élément de diagnostic est le séro-

diagnostic qu'il faut rechercher systématiquement dans les cas douteux. D'ailleurs, la fièvre typhoïde doit être une cause bien rare d'hémorragie intestinale chez le nourrisson. Car nous n'en avons pas relevé un seul cas dans la thèse de Forget.

En résumé : Chez le nourrisson, l'hémorragie intestinale peut apparaître exceptionnellement comme symptôme secondaire au cours d'une maladie nettement caractérisée, évoluant depuis un certain temps (fièvres éruptives à tendance hémorrhagique). Le diagnostic causal est facile.

Elle peut apparaître comme symptôme dominant dans certaines dyscrasies ou certaines maladies générales : purpura, hémophilie, malaria. Mais dans ces cas encore, il est assez facile de retrouver la lésion primordiale.

Le diagnostic causal est plus difficile lorsqu'elle est symptomatique d'un état morbide à prédominance intestinale.

Ces états morbides sont assez nombreux. Mais la plupart sont des exceptions pathologiques dont on peut cliniquement ne pas tenir compte telles les hémorragies par vers intestinaux, par constipation prolongée, par ulcère du duodénum, par tuberculose intestinale, par rétrécissement de l'intestin et même par dysenterie ou par

fièvre typhoïde. D'autres sont plus fréquents, mais présentent des signes physiques faciles à observer, telles les affections du rectum (rétrécissement polypes) ou de l'anوس (fissure à l'anوس).

Le plus souvent, on hésitera entre une gastro-entérite aiguë, une entérite muco-membraneuse et une invagination. Il suffira, pour faire le diagnostic, de se rappeler que seule l'invagination donne lieu à des selles contenant une quantité notable de sang.

Ainsi par l'hémorrhagie intestinale, on aura été amené à penser à *l'invagination*. On recherchera dès lors avec plus de soin la présence d'une tumeur. Si on la trouve, le diagnostic sera confirmé. Si on ne la trouve point, on ne s'attardera pas à attendre son apparition. Si l'histoire clinique est nette, on commencera immédiatement le traitement. On fera même la laparotomie si la distension ne semble pas avoir amené une amélioration évidente. Les chirurgiens anglais tiennent cette ligne de conduite ; jamais ils n'ont ouvert un ventre inutilement, et opérant dès le début de l'affection, ils guérissent leurs malades.

Le mélæna permet donc un diagnostic précoce de l'invagination, et par suite d'établir un traitement efficace de cette affection. C'est cette notion qui constitue la valeur du mélæna dans l'invagination.

DEUXIÈME PARTIE

OBSERVATIONS

Observation I (Inédite) (1).

La petite F... Germaine, âgée de sept mois, est conduite à la crèche de l'hôpital Hérold, le 3 septembre, parce qu'elle présente des selles sanglantes.

Antécédents. — Le père et la mère sont en bonne santé. Pas d'autres enfants.

Elle est venue à terme. Elle est élevée au sein. Sa mère ne règle aucunement ses tétées, et depuis l'âge de quatre mois, elle ajoute à son alimentation une ou deux bouillies de farine de froment.

Cette enfant pèse 8 kg. 600, et est très grasse. Depuis un ou deux mois elle paraît moins bien supporter sa suralimentation et elle a assez souvent des vomissements après les tétées. Elle est peu vive, souvent somnolente.

Commémoratifs. — Au milieu de la nuit du 2 au 3 septembre 1903, elle est prise brusquement de douleurs

(1) Nous remercions M. Hautant, interne des hôpitaux, de nous avoir communiqué cette observation.

très vives, abdominales, dont le maximum paraît être surtout à droite. En même temps elle présente des vomissements d'abord composés de lait caillé, puis bientôt ils deviennent bilieux. Ces douleurs et ces vomissements continuent toute la nuit, jusqu'au matin.

Le matin du 3 septembre, 7 à 8 heures environ après le début des accidents, l'enfant présente des selles sanglantes. C'est d'abord un mélæna abondant, composé de sang pur, avec des caillots. Puis, les selles sont formées de sérosité avec des taches rouge brun.

L'enfant est amené à l'hôpital le 3, vers deux heures de l'après-midi.

Etat de l'enfant à son entrée. — L'enfant ne présente plus de vomissements. Le ventre est peu douloureux, seulement sensible à une forte pression. Ce nourrisson a eu depuis la matinée plusieurs selles liquides, abondantes, rosées, entourées d'une large auréole rouge, certainement sanguine. Mais depuis le début des accidents, elle n'a pas eu de selles renfermant des matières fécales.

Le ventre n'est nullement ballonné, il est souple et se laisse assez facilement déprimer. Il semble, à son entrée à l'hôpital, que l'on sent dans le côté droit de l'abdomen, autour de l'ombilic, une sorte de tuméfaction profonde, très mal délimitée. Mais il ne s'agit là que d'une sensation fugace, car quelques heures après, un examen plus approfondi est sans résultat. Le ventre était d'ailleurs un peu moins souple et se laissait moins facilement déprimer.

L'état général ne paraît pas très mauvais. L'enfant ne s'agite pas et ne crie pas. La température est à 38° 8,

le pouls bat aux environs de 130. Pas de dyspnée. Les yeux ne sont pas cernés.

Le diagnostic est hésitant. En présence de la suralimentation avérée, surtout dans les derniers temps; en présence des vomissements et des troubles digestifs manifestés par l'enfant, surtout depuis plusieurs semaines; en présence des vomissements, des coliques intestinales, de la fièvre, on pense à la possibilité d'une infection intestinale aiguë. Peut-être s'agirait-il d'une infection à streptocoques, comme il en a été rapporté des exemples, avec des selles liquides, sanguinoïentes. Cette diarrhée séreuse, et surtout la souplesse et l'absence de ballonnement du ventre, paraissent éliminer le diagnostic d'occlusion. D'ailleurs la sensation de tuméfaction iliaque avait été trop vague, trop incertaine, trop fugace et elle fut considérée comme non existante. On fit donner à l'enfant de grands lavages de l'intestin, et elle fut soumise à la diète hydrique.

Evolution de la maladie. — Le 4 septembre l'état est stationnaire, plutôt amélioré. La température est tombée à 37°2, le pouls est bien frappé. L'enfant est plus éveillé. Pas de nouveaux vomissements. Le ventre est toujours assez souple, pas très douloureux à la pression. Il paraît se laisser examiner assez facilement, et on ne sent aucune tuméfaction. L'enfant continue toujours à présenter des selles liquides, toujours teintées de sang. Elle en a six à sept semblables dans la journée.

Le 5 septembre, vers 9 heures du matin, subitement l'état général s'aggrave. La température remonte à 38°8, et surtout le pouls se précipite, bat à 150, devient petit,

filiforme. La figure est mauvaise, les yeux sont excavés, cernés. La respiration s'accélère.

En même temps le ventre se ballonne, devient très douloureux. Il semble qu'il y ait une zone de matité dans la fosse iliaque droite. Les selles sont complètement supprimées. L'enfant a un vomissement ayant mauvais aspect et assez mauvaise odeur. Ainsi brusquement apparaissent des signes évidents d'une occlusion intestinale aiguë.

On songe à la faire opérer immédiatement, mais il n'y a pas à cette heure de chirurgien à l'hôpital. Puis les événements se précipitent très rapidement, l'enfant tombe bientôt dans le collapsus, et l'opération apparaît alors comme inutile.

L'enfant meurt vers deux heures de l'après-midi, dans des convulsions.

Autopsie. — Pratiquée vingt-quatre heures après la mort.

Il s'agit d'une invagination iléo-cæcale, longue de 8 à 10 centimètres environ. Cette invagination se réduit assez facilement ; il y a peu d'adhérence entre les deux feuillets péritonéaux accolés. Le boudin invaginé est congestionné, rouge foncé. Au niveau du collier de l'invagination, l'intestin est de couleur rouge vineux par places.

Les anses de l'intestin grêle sont distendues. Le côlon transverse, et l'S iliaque sont aplatis.

Pas de liquide dans le péritoine.

Congestion des deux poumons.

Observation II.

HOBSEN (1).

Le 17 avril, je fus appelé pour voir une petite fille âgée de 3 mois que je trouvai souffrante d'intussusception. Durant le jour précédent et jusqu'à près de midi aujourd'hui, l'enfant avait semblé comme d'ordinaire. Elle eut alors une selle de couleur anormale, accompagnée de beaucoup de vents, et commença à crier comme si elle souffrait et à vomir. Une heure plus tard, la mère fut alarmée en voyant passer du sang par le rectum. L'enfant était devenu pâle, ne voulant plus rien prendre ; elle avait les yeux fermés, criait, agitait les jambes.

Quand je vis l'enfant vers 4 heures, je trouvai tous les symptômes ci-dessus décrits et de plus je sentis une tumeur abdominale siégeant transversalement de chaque côté de l'ombilic, principalement au-dessus de lui. Le toucher rectal ne me donna aucun renseignement ; mais je retirai le doigt couvert de sang presque pur.

Un peu plus tard, dans la soirée, je vis l'enfant avec le docteur Hentin. Nous endormîmes l'enfant au chloroforme et procédâmes à une injection d'eau chaude avec une canule à double action de Maw, employant un tube rectal d'adulte que nous introduisîmes aussi loin que

(1) HOBSEN. — Intussusception in an Infant curid by injections of warm water and chloroform, *British medical journal*, 2 septembre 1882 p. 425.

possible sans forcer. D'abord, nous laissâmes l'enfant sur le dos ; mais vers la fin de l'opération, les branches furent soulevées à un niveau plus élevé que les épaules. Près de 16 onces furent injectées ; et à la fin, l'abdomen était complètement distendu.

En retirant le tube, une portion de l'eau revint. Mais l'abdomen resta distendu avec le reste. La tumeur n'était plus sentie que dans le lobe droit. Un peu plus tard, l'enfant rendit de l'eau par le rectum, mais elle n'eut pas de selles : elle vomit un liquide aqueux.

Le lendemain, l'enfant avait pris le sein, mais elle n'avait rien gardé. Les vomissements étaient bilieux. La tumeur était maintenant à gauche de l'ombilic. Les replis de l'intestin étaient visibles dans la partie supérieure de l'abdomen. La mère pensait que les langes avaient peut-être été souillés d'une petite selle. A 3 heures de l'après-midi, j'endormis de nouveau l'enfant. Je procédai alors à une injection d'eau chaude, l'enfant étant la tête en bas, le tronc presque vertical avec la seringue d'Higginmore. Après cette injection, je ne trouvai plus qu'un petit nœud au niveau du côlon ascendant.

Le 3^e jour, je trouvai une grande amélioration dans l'état de l'enfant. Elle avait pris le sein pendant la nuit et n'avait pas vomi. Elle avait eu de fréquentes selles pendant le jour ; et 3 fois dans la soirée un peu de sang avait été évacué. Je ne sentis pas de tumeur. Depuis lors, l'enfant va tout à fait bien.

Observation III.

GUFFITH (1).

Le 11 mai dernier, une jeune femme m'amena son enfant à 6 heures du soir, me disant que cet enfant s'était mis à crier subitement il y avait 2 heures, qu'au-paravant il se portait très bien. L'enfant avait le visage pincé, était sans repos mais n'avait pas de fièvre et je ne pus faire de diagnostic. A 10 heures du soir, j'allai voir l'enfant. On m'apprit qu'il avait eu dans l'intervalle deux ou trois évacuations sanguines.

Je diagnostiquai une invagination et prescrivis un lavement, de l'opium, de la belladone et des cataplasmes chauds.

12 mai. — Le lavement n'avait pas eu d'effet. On sentait une tumeur dans la fosse iliaque gauche. Le toucher rectal ne donnait aucun renseignement. Pas d'urine. Trois lavements furent donnés.

Cataplasmes chauds.

13 mai. — Insufflation d'air pendant 20 secondes.

14 mai. — Pas d'amélioration. Je recommence l'insufflation d'air avec plus de vigueur. Le soir, l'enfant n'est guère amélioré. Toutefois il a rendu une petite quantité d'urine et le ventre est plus souple.

15 mai. — L'enfant a eu deux selles, a dormi et a

(1) GUFFITH. — A. case of intussusception, *The Lancet*, 23 mai 1885 p. 973.

bien pris le sein. L'abdomen est souple et la pression n'y provoque qu'une légère douleur.

16 mai. — Grande amélioration qui depuis n'a fait que s'accroître jusqu'à guérison complète.

Observation IV.

OVERMAN DAY (1), résumé d'après *The Lond. Med. Record.*, 15 déc. 1885.

Enfant de 6 mois.

Subitement diarrhée qui dure quatre heures.

Emission d'une grande quantité de sang dans les selles. Par suite de cette hémorrhagie, l'enfant est dans le collapsus et très pâle. On lui donne un mélange d'éther et d'ammoniaque, et cinq gouttes d'eau-de-vie par heure.

Huit heures après, O. Day voit l'enfant et diagnostique une invagination intestinale.

Il réduit cette invagination par un mouvement rotatoire des deux mains, de gauche à droite, vers la fosse iliaque droite, ayant duré près d'un quart d'heure. Il entendit et sentit un gargouillement. Relèvement de l'état général.

Deux jours après, l'enfant a une selle foncée, infecte, sans trace de sang.

L'auteur a traité avec succès, par la même méthode, un enfant de cinq ans.

(1) Overman Day. — *The Lancet*, 1885, p. 570.

Observation V.

Invagination du cæcum chez un enfant de 6 mois.

(OUSTANIOU) (1).

Georgette D..., âgée de 6 mois, et de belle apparence.

Habituellement constipée. Depuis huit jours, elle va plus fréquemment à la selle.

28 septembre. — A 11 heures du soir, réveil brusque avec cris, vive agitation. Elle refuse de prendre le sein et ne se rendort que le matin.

29 septembre. — Contorsions et cris. Refuse de prendre le sein. Ni matières, ni gaz, depuis le 28, dans l'après-midi. Emission d'un peu d'urine. Dans la soirée, vomissements, d'abord peu fréquents, quelques gorgées d'un liquide jaune verdâtre, sans odeur. Quelques instants après, l'enfant rend par l'anus quelques mucosités fortement sanguinolentes. Nuit très agitée.

30 septembre. — Diagnostic d'invagination. Lavement gazeux sans résultat. Par l'anus, quelques mucosités sanguinolentes. Les vomissements continuent, peu abondants. Le ventre est peu ballonné.

2 octobre. — L'enfant est trop faible pour une intervention chirurgicale, elle est reçue en médecine aux Enfants Malades. A ce moment, le ventre est un peu bal-

(1) Oustaniol, interne de J. Simon. — *Revue des maladies de l'enfance*, novembre 1899.

lonné, mais très douloureux à la pression ; l'enfant pousse des cris dès qu'on la touche ; elle fait des efforts d'expulsion presque continus. L'exploration du ventre est très incomplète et on ne sent nulle part de tumeur. Grande faiblesse. Facies très pâle et très amaigri.

L'introduction d'une grosse sonde est impossible : obstacle dans le rectum. Séance d'électricité avec un courant continu. Expulsion, quelques minutes après, des mucosités sanguinolentes, mais pas trace de matières fécales. L'exploration montre, à 4 centimètres environ de l'anus, une masse molle, facilement dépressible, de forme conique, à extrémité arrondie et percée d'un petit orifice où l'on peut insinuer le bout du doigt. On sent par le palper abdominal, dans la partie inférieure de l'abdomen, à gauche, une masse résistante, en forme de boudin, se perdant dans la fosse iliaque gauche.

A 4 heures du soir. Extrémités refroidies. Vomissements jaune grisâtre, sans odeur mauvaise, rares. Mort à 3 heures du matin.

Autopsie. — Invagination du cæcum et du côlon ascendant.

Observation VI (résumée).

KRÆMY (1).

Enfant âgé de 6 mois, bien portant jusqu'au 10 juin.
10 juin. — Le soir, il est inquiet.

(1) Kræmy. — *Soc. de méd. int. de Berlin*, 15 juin 1891.

11 juin. — A 5 heures du matin, selle muco-sanguinolente, suivie de selles purement sanguinolentes.

Le soir, le pouls et la respiration sont un peu accélérés. L'abdomen est un peu ballonné. On sent dans la région iliaque gauche une tumeur cylindrique qui se termine en pointe vers l'ombilic. Par le rectum, on arrive, à environ 10 centimètres de l'anus, sur l'extrémité de cette tumeur, qui donne la sensation d'un col ramolli. L'enfant a des vomissements.

Les selles sanguinolentes et les vomissements font porter le diagnostic d'invagination intestinale.

Traité par de grands lavements et par l'opium, l'enfant présente un mieux sensible.

13 juin. — L'état s'aggrave. On diagnostique une péritonite.

L'état général est bientôt nettement mauvais. On rejette l'idée d'une intervention chirurgicale.

Mort le 15 juin au matin.

Autopsie. — Invagination iléo-colique.

Observation VII.

HOWARD MARSH (1), d'après la thèse de Trouvé.

L'enfant était âgé de 9 mois au moment de son entrée à l'hôpital, le 8 mai 1890. Il vomissait et rejetait

(1) Howard Marsh. — *The Lancet*, 14 février 1891, p. 367.

par l'anus des mucosités sanguinolentes assez abondantes, mais il ne rendait pas traces de matières fécales.

L'abdomen était fortement distendu, le pouls très faible, misérable et le malade ne tarda pas à tomber dans un état de collapsus.

On sent au palper une tumeur siégeant au-dessus de l'ombilic. La laparotomie fut pratiquée sans retard et permit de réduire l'invagination, qui avait débuté dans le voisinage immédiat de la valvule iléo-cæcale.

Guérison sans complication.

Observation VIII.

LYOT (1), résumée d'après la thèse de Trouvé.

Enfant âgé de 5 mois présentant des symptômes typiques d'invagination intestinale avec selles sanglantes. On constatait sous la fosse iliaque gauche une tumeur en forme de boudin allongé.

Par le toucher rectal, on sentait une tumeur avec un orifice ressemblant à l'orifice du col utérin.

M. Lyot essaya vainement la réduction manuelle. Il dut se résoudre à une intervention sanglante. Le début des accidents remontant à 72 heures, le chirurgien se

(1) Lyot. — Société anatomique, séance du 10 juillet 1891.

contenta d'établir un anus contre nature dans la fosse iliaque droite, l'enfant mourut.

A l'autopsie, on a pu voir que l'orifice portait sur l'intestin grêle à 50 centimètres de l'estomac, et à 1 m. 50 de l'obstacle.

L'invagination était due à la présence d'un polype de l'intestin.

Observation IX.

CUNING ASKIN (1), résumée d'après la thèse de Trouvé, Paris, 1897-98.

L'auteur dit que le 4 décembre 1892, l'enfant dont il est question, qui était un garçon très fort, fut pris d'une façon tout à fait brusque et subite, de douleurs abdominales. Presque aussitôt après, il eut une selle sanglante. Les vomissements apparurent bientôt après. Le visage exprimait l'anxiété, refroidissement des extrémités, puis du corps entier.

En même temps dans la fosse iliaque droite, on sent une tumeur allongée, en forme de boudin.

Refus formel, par la mère, d'une intervention chirurgicale quelconque.

(1) Cuning-Askin. — Crise of ileo-cæcal intussusception in a male infant aged of nine months, *The Lancet*, 9 janvier 1892.

Mort de l'enfant. A l'autopsie on trouve une invagination iléo-cæcale très prononcée. Pas de péritonite généralisée.

Observation X

ROBERT (1), d'après la thèse de Trouvé, 1897-98.

Une petite fille, âgée de 9 mois, est prise subitement de vomissements, et de selles sanglantes. On constate une tumeur en boudin du côté gauche, et descendant jusqu'à l'anus.

La laparotomie permet de réduire l'invagination.

L'enfant meurt néanmoins quelques heures après l'opération.

Observation XI.

J. VANVERTS (2).

Enfant de 7 mois. Entré à Trousseau dans le service de M. Jalaguier, le 15 mars 1895. Cet enfant, élevé au sein, présentait de la tendance à la constipation.

Le 8 mars vers 6 heures du matin, l'enfant se mit à

(1) Robert. — *The med. and Surg. Reporter*, 29 septembre 1894, p. 428.

(2) J. Vanverts. *Bull. soc. anat.*, 1895.

crier et à refuser le sein ; il paraît souffrir assez violemment. La mère le démailloite et aussitôt est expulsée par l'anus une assez grande quantité de sang et de glaires. Une heure après apparaissent les vomissements. Malgré des lavements de ratanhia et l'injection d'eau gommeuse et de perchlorure de fer, le mélæna persiste, ainsi que les vomissements qui sont verdâtres, mais non fécaloïdes.

Le 13. — L'écoulement du sang cesse. Dans la nuit du 13 au 14 mars, l'enfant paraît souffrir. La mère découvre au niveau de l'anus une tumeur mollassse et noirâtre, émergeant du rectum. Tout autour de la tumeur sont expulsées des matières fécales liquides et très fétides (c'est la première selle depuis huit jours).

Un médecin pensant à un prolapsus du rectum réduit la tumeur ; mais celle-ci sort de nouveau peu de temps après.

A l'entrée à l'hôpital, voici ce qu'on constate. De l'anus émerge un boudin d'environ 7 centimètres de long, flasque, noirâtre, livide en certains points. Les fèces s'écoulent continuellement, peu à peu par l'orifice qui siège à l'extrémité de la tumeur, mais surtout au niveau du sillon qui sépare complètement l'orifice anal du boudin qui le traverse. Le doigt s'enfonce facilement dans ce sillon et n'en atteint pas le fond. Il constate que la tumeur se continue dans le rectum par un pédicule qu'il ne peut limiter en haut.

L'état général est bon. Le ventre est souple, non douloureux.

Il s'agit donc d'une invagination d'une partie supérieure de l'intestin dans le rectum. Le boudin invaginé

est détaché puisque les phénomènes d'occlusion ont disparu.

Le 17 mars. — La tumeur est expulsée plus complètement et n'est retenue que par un mince pédicule qui se rompt le lendemain.

Le 23 mars. — L'enfant qui avait été repris par la mère est ramené à l'hôpital Trousseau parce qu'il se plaint, tousse et a la diarrhée verte. Malgré les soins il meurt le lendemain.

L'examen du boudin expulsé pendant la vie a montré qu'il s'agissait d'une invagination de la fosse de l'iléon et du cæcum dans le côlon ascendant et dans la première partie du côlon transverse. L'invagination a commencé à se produire au niveau de l'angle iléo-cæcal. Le cæcum entraînant la portion inférieure de l'iléon s'est engouffré avec elle dans le côlon ascendant et la première partie du côlon transverse, à la partie moyenne de laquelle il s'était ancré. Le cylindre externe de l'invagination était donc formé par le côlon ascendant et la première partie du côlon transverse, le cylindre moyen par une partie du côlon ascendant et le cæcum, le cylindre interne par l'iléon.

Mais le cylindre interne du boudin invaginé n'avait pas été expulsé entièrement. A l'autopsie, on trouva la partie non expulsée du cylindre interne, restée adhérente au collier d'invagination. Grâce à sa continuité avec le mésentère, elle ne s'était pas mortifiée.

Observation XII.

DELCROIX (1).

Enfant de 6 mois qui, bien portant jusqu'alors, est pris tout à coup d'une agitation violente ; il se rejette dans tous les sens en poussant des cris perçants : la respiration est haletante, le pouls petit, les extrémités froides. L'enfant n'a encore ni selles ni vomissements.

Le lendemain matin, le petit malade vomit un peu de lait et expulse par l'anus un peu de sang rouge vif. Pendant la journée, quatre selles noirâtres assez abondantes. Le soir, l'enfant a une crise très violente ; efforts continus de défécation, régurgitation immédiate du lait avalé ; trois selles muco-sanguinolentes. Le ventre est à ce moment légèrement distendu ; la palpation décèle une tumeur en forme de boudin, partant de l'ombilic et se terminant dans la fosse iliaque gauche. Cette tumeur est mobile, surtout à sa partie supérieure. Par le toucher rectal, on trouve, dans le rectum, à 4 centimètres de l'anus, l'intestin invaginé.

La réduction est tentée à l'aide d'injections rectales d'eau chaude sans pression, mais en vain.

Le lendemain, 3 heures après le début des accidents, la laparotomie est pratiquée et l'invagination est réduite.

(1) Delcroix. — *Ann. de l'institut chirurgical de Bruxelles* 1896.

Les suites opératoires furent très simples. Dès le surlendemain, la température ne dépassa pas la normale, l'enfant reprit le sein, et les selles redevinrent d'une coloration jaune ordinaire.

Actuellement, la guérison se maintient, parfaite.

Observation XIII.

LEGUEU

Enfant âgé de 10 mois.

Depuis six jours, troubles digestifs assez mal caractérisés d'abord, puis de plus en plus accentués. Une constipation absolue avait résisté depuis ce temps à l'emploi des moyens habituels : il n'y avait pas eu de selles, mais du sang à plusieurs reprises. Il y avait eu quelques vomissements ; malgré cela il n'y avait pas eu de fièvre, l'enfant continuait à téter un peu, il avait un peu perdu sa gaieté naturelle.

Lorsque j'examinai cet enfant, je fus tout d'abord frappé du peu de ballonnement du ventre ; il n'y avait en effet ni ballonnement, ni tympanite, le ventre était souple, dépressible et, partant, très facile à explorer.

A la palpation, on sentait dans l'hypochondre gauche une grosse bosselure, un boudin transversalement allongé et qui se prolongeait en bas jusque dans la fosse iliaque, où on le perdait. Ce boudin mobile dans tous les sens, mais seulement dans une certaine limite, rap-

pelait absolument la forme du gros intestin, distendu, épaissi, invaginé. A droite, on ne sentait rien du vide, dont il est parlé dans certaines observations, mais par le toucher rectal, on sentait à longueur d'index une tumeur mollassse, avec un orifice à son centre, c'était l'extrémité du tube invaginé : il ne pouvait y avoir de doute.

La température rectale prise sur la table d'opération ne s'élevait qu'à 37°.

Opération d'urgence : incision de six centimètres, à moitié au-dessus, à moitié au-dessous de l'ombilic. On trouve de suite dans l'hypochondre le cylindre de l'invagination. Il n'y avait pas de trace de perforation, ni de péritonite, ni d'un côté, ni de l'autre. La désinvagination est opérée par expression de bas en haut.

L'enfant meurt au bout de deux jours.

M. Legueu insiste sur ce qu'il se garda bien de tirer sur le cylindre invaginé. Il alla chercher l'extrémité rectale de l'invagination et par expression extérieure il refoula peu à peu l'invagination qui à l'autre extrémité peu à peu se déroulait. A la fois, le refoulement ne suffit plus et il lui fallut s'aider à la fin de la traction en sens inverse des deux bouts et du refoulement. La portion encore invaginée était le cæcum, qui était ferme et dur. Les parois étaient épaissies, endurcies, rappelaient la consistance du carton mouillé.

Observation XIV.

L.-H. PETIT (1).

Appelé auprès d'une fillette de 11 mois pour une obstruction du rectum causée, dit-on, par un caillot volumineux, suite d'une hémorrhagie intestinale.

Enfant toujours constipé. Quelques semaines avant cet accident, elle resta huit jours sans rendre des matières et présenta tous les signes d'un étranglement interne.

A la suite des efforts qu'elle fit et des lavements donnés, elle évacua avec les matières une assez grande quantité de sang. Depuis, il ne se passa guère de jours, sans que l'enfant rendit du sang par l'anus et le plus souvent sans matières. Le médecin traitant croit à une dysenterie bien qu'il n'y eût jamais de diarrhée ni de fièvre.

Au bout d'une quinzaine de jours, cette prétendue dysenterie continuant, la fillette est conduite à la consultation des enfants où, sans examiner le rectum, on fait le même diagnostic de dysenterie.

Cependant les accidents continuaient, surtout la constipation alternant avec l'issue des matières glaireuses et sanguinolentes sentant très mauvais.

(1) L.-H. Petit. — *Bull. soc. Anat.*, Paris, 30 oct. 1896, p. 709.

9 octobre. — Nouveaux symptômes d'étranglement interne.

19 octobre. — Obstruction continue. Enfant très abattu. Le rectum paraissant rempli de matières qui allaient jusqu'à entr'ouvrir l'anus, on y introduit le doigt et on trouve une masse dure, ovalaire, qui donne la sensation d'un caillot sanguin tenant par un point à la paroi rectale. Le médecin propose à la famille, l'extraction de ce caillot.

M. L.-H. Petit examine l'enfant, et trouve au-dessus du sphincter une masse dure, mobile, ovoïde, à pédicule du volume du petit doigt, la réunissant à la paroi intérieure du rectum. Il fait le diagnostic de polype ulcère.

Ablation de ce polype.

Le cours des matières se rétablit le troisième jour.

L'examen histologique, montre qu'il s'agissait en réalité d'une invagination d'une partie du gros intestin, l'S iliaque, faisant probablement saillie dans le rectum.

Observation XV.

BROCA, in thèse TROUVÉ (1), Paris 1897-1898.

M. P..., âgée de 5 mois, entre à Trousseau le 13 février 1896. Début 7 février par de violentes douleurs

(1) Broca. — *Bull. et mém. de la soc. de chirurgie de Paris*, 1896, t. XXII, p. 180.

abdominales ; l'enfant n'a pas voulu prendre le sein et elle a eu du mélæna dans la journée à plusieurs reprises. Lavements à l'eau de pavot.

10 février. — L'enfant est amenée à la consultation de l'hôpital Trousseau ; la constipation est absolue, mais les hémorrhagies s'arrêtent ; il n'y a plus que des mucosités légèrement sanguinolentes.

Température 40°5.

Opérée le 13. Invagination du colon ascendant. Quelques fausses membranes sur l'intestin ; sphacèle de l'intestin.

Mort quelques heures après. Echec dû à l'opération trop tardive, il y avait déjà péritonite par perforation.

Observation XVI.

BROCA in thèse TROUVÉ, Paris, 1897-98. (Résumée).

Georgette R..., âgée de 6 mois, entre à l'hôpital Trousseau le 16 décembre 1895.

Le vendredi 13, à 4 heures du soir, l'enfant est pris de coliques très fortes ; cependant elle prend encore le sein. A 9 heures du soir, vomissements glaireux ; l'enfant rend par l'anus un peu de matières vertes. C'est sa dernière selle.

Toute la nuit de vendredi à samedi, l'enfant a des coliques, puis des vomissements jaunes, puis verts. Depuis dimanche soir, vomissements fécaloïdes. Jusqu'à ce

matin, elle continuait à prendre le sein, mais vomissait aussitôt. Elle est opérée le 16 décembre 1895, malgré un état de collapsus. M. Broca, par la laparotomie, trouve deux invaginations, une descendante iléo-colique et une ascendante de l'S iliaque se rencontrant par leur sommet vers l'angle du côlon. La désinvagination fut facile en exprimant en sens inverse les boudins invaginés.

Suture de la paroi.

Le 17 décembre, l'enfant a des vomissements toute la journée ; le soir, la diarrhée cesse et toute évacuation est supprimée. Mais les vomissements fécaloïdes reprennent.

Les parents emmènent l'enfant qui est revenu le 23 allant très bien. Les fils sont enlevés.

L'enfant a continué à être nourrie au sein et a été régulièrement à la selle depuis son opération...

Dans la nuit du 7 au 8 avril, elle a été prise de vomissements, et en même temps elle rendit du sang par l'anus. Les vomissements ont persisté jusqu'au matin ; elle a eu une selle à ce moment, mais pas depuis.

Le matin 8 avril, l'enfant est pâle, affaissée. Le poulx est petit, mais pas très rapide. Le ventre est souple et non douloureux ; pas de tumeur appréciable.

On garde l'enfant en observation.

Elle a plusieurs vomissements pendant la journée ; puis tout rentre dans l'ordre.

Observation XVII.

{BROCA in thèse TROUVÉ, Paris 1897-98.

Julie Br., âgée de 4 ans, entre à l'hôpital Trousseau le 24 novembre 1896.

Il y a 8 jours, les parents firent venir un médecin pour des vomissements abondants, de l'inappétence, de l'abattement. Le lendemain, l'enfant eut une entérorrhagie. Depuis ce moment, la malade n'a pas eu de selle.

Depuis hier, l'enfant a des vomissements fécaloïdes. L'état général paraît grave ; les extrémités sont violacées et froides, le facies abattu et péritonitique. Le ventre est considérablement ballonné. La pression en est douloureuse. La percussion révèle une sonorité exagérée partout, excepté dans l'hypochondre droit où le son est diminué. Les anses intestinales se dessinent à la surface du ventre.

Le 24 novembre 1896, intervention. Incision médiane.

Dès l'ouverture du péritoine, il s'échappe un liquide séro purulent, et l'on constate une péritonite généralisée due à une invagination intestinale avec perforation. Dans le flanc droit, on tombe sur des matières fécales.

Le ventre est refermé.

L'enfant meurt 2 heures après.

A l'autopsie on trouve une invagination siégeant sur la partie terminale de l'iléon qui est rentrée dans le côlon ascendant. Au niveau du collet, très serré, il existe une perforation ayant les dimensions d'une pièce de 20 centimes.

Observation XVIII.

MECK (1).

Un enfant de 7 mois eut, le 3 septembre, à 8 heures du matin, une selle abondante, et peu après, fut pris de vomissements, d'agitation, de douleurs, puis d'écoulement sanglant et muqueux par l'anús. Examen anal négatif. Abdomen mou et non distendu.

Le 9 septembre. — La palpation permet de sentir une tumeur en forme de boudin à gauche de l'ombilic.

Diagnostic : invagination.

Incision médiane de l'abdomen : il y avait une invagination iléo-colique ; le cæcum était aussi partiellement invaginé. Il y avait déjà des adhérences qui rendaient la réduction plus difficile.

Guérison.

(1) Meck. — *Medical Record*, 1897.

Observation XIX.

POPPERT (1).

Un enfant âgé de 8 mois est pris subitement, le 14 juin 1895, de diarrhée et de vomissements. L'enfant fut examiné dès le lendemain par un médecin qui, reconnaissant une invagination, essaya de la réduire à l'aide de grands lavements et du massage abdominal. Le 2^e jour après l'apparition des accidents, Poppert, appelé, constate dans l'hypochondre gauche une tumeur ; il sent du reste l'extrémité du segment invaginé, par le toucher rectal.

L'opération est décidée. Il s'agissait d'une intussusception iléo-cæcale qui fut dégagée sans trop de peine.

Dès le lendemain, amélioration très évidente, mais élévation thermique accusée, (39° et 40,8). Quelques selles liquides et sanguinolentes.

Les jours suivants, l'enfant entra en convalescence. Celle-ci fut assez longue et dura jusqu'au 9 juillet.

(1) Poppert. — Munch, med. Woch, 1897 et in *Thèse* Eloy, Du progrès du traitement chirurgical de l'invagination intestinale. *Thèse Paris*, 1899-1900.

Observation XX (résumée).

AUDEOUD (1).

Enfant jumeau élevé au sein.

A l'âge de 6 semaines, le ventre grossit et l'enfant est constipé.

A l'âge de 4 mois, il a l'apparence d'un enfant de 1 à 2 mois, il est amaigri et son ventre est ballonné.

Depuis 8 ou 10 jours, pas de selles normales. Absence de vomissement. Pas de tumeur. Un lavement huileux amène une selle muqueuse. On songe à l'invagination intestinale.

Trois jours après, apparition de vomissements bilieux. Pas de gardes-robes, mais persistance du passage des gaz. Le ballonnement du ventre est surtout médiocre, la région du gros intestin est libre. Le toucher rectal est négatif.

Deux jours plus tard, les selles deviennent sanglantes. Les vomissements persistent. La mort survient dans la nuit.

L'opération a été refusée.

Autopsie, trente-trois heures après la mort. Invagination de l'intestin grêle, l'anneau d'étranglement est à 0,50 cent. au-dessus de la valvule iléo-cæcale.

(1) Audeoud. — *Revue médicale de la Suisse romande*, 20 février 1899.

La partie située au-dessous de l'étranglement est remplie de mucus sanguinolent ; la partie supérieure dilatée contient des matières liquides. Boudin feuille morte, gangrené. Péritoine enflammé. Pas de perforation.

L'auteur admet une invagination chronique terminée par des accidents aigus, car deux mois avant, on avait noté de la constipation opiniâtre avec du gonflement du ventre. Ici, les injections n'auraient pas eu de prise.

Observation XXI.

Invagination chez un enfant de neuf mois ; injections rectales. Guérison. NORTHROP. (1).

Enfant de neuf mois.

Malade depuis 2 ou 3 mois : simple malaise.

Subitement douleur : l'enfant pousse des cris. Une heure et demie après, le médecin le trouve pâle, inerte. On sent dans l'hypogastre une tumeur en boudin. L'enfant a eu un vomissement alimentaire.

Fièvre modérée.

Injection d'eau chaude dans le rectum : expulsion de matières fécales, puis de mucus et de sang en grande quantité. La tumeur persiste.

Deuxième injections : un peu de matière, beaucoup de mucus et de sang.

(1) Northrup. — *Medical Record*, 6 mai 1899.

Quatre heures et demie plus tard, l'enfant est dans le même état. On prend de l'eau très chaude (45°) et une sonde en caoutchouc rouge, enfoncée profondément, et le réservoir est élevé de trois pieds. Chloroforme jusqu'à résolution complète. Injection de beaucoup de liquide. Réduction de la tumeur. Du sang sort par l'anus avec l'eau de lavage. Pas de récive.

Observation XXII.

FR. A. PACKARD (1). Résumée d'après l'analyse des *Archives de médecine des Enfants* n° 1, 1900, page 44.

Le 14 novembre, une fillette de neuf mois entre à l'hôpital des Enfants, à deux heures de l'après-midi.

10 jours avant, diarrhée, selles vertes et liquides.

11 novembre. — Vomissements jaunes d'abord, puis verts et brunâtres. Douleurs internes et paroxystiques.

12 novembre. — Beaucoup de sang dans les selles, puis mucus vert.

A son entrée, tumeur dans le côté gauche de l'abdomen. Masse rouge sortant par l'anus, réductible. Le côté droit du ventre est moins plein que le gauche. Collapsus, extrémités froides, pouls rapide et faible.

L'enfant est placé sur le dos, le siège élevé ; on lui

(1) F. — A. Packard. — *Annals of. Gyn. and. Ped.* fév. 1899.

donne quelques gouttes d'éther par l'anesthésie ; on introduit une sonde aussi loin que possible dans l'intestin, et on injecte de l'eau salée à 38° ; la hauteur du bock est à 80 centimètres. Après distension du rectum, on laisse échapper le liquide, puis on recommence en élevant le bock à 1 mètre. La tumeur a disparu.

Le succès obtenu s'explique par la date récente des accidents (deux jours), la mobilité du boudin senti par le toucher. Pour prévenir le retour de l'invagination, on donna de l'opium et l'allaitement au sein fut repris.

Observation XXIII.

HEATON (1).

J. L., fillette de 7 ans, fut admise à l'hôpital des enfants le 10 juin 1897 pour une invagination aiguë. L'enfant était tombée subitement malade, avec douleurs abdominales, collapsus et vomissements, 30 heures avant son admission. Elle avait eu plusieurs selles sanglantes et de petites quantités de sang pur avaient été évacuées par l'anus. Les vomissements avaient continué jusqu'à son admission.

Au moment de son admission, l'enfant était en quelque sorte en collapsus; les yeux étaient enfoncés, les poul-

(1) George Heaton, M. A., M. B. Oxon. — The pronostic and Treatment of acute intussusception. *British medical journal*, 29 avril 1899, p. 957.

était à 100, la température à 97°. Farenheirt. On ne put sentir aucune tumeur à travers les parois abdominales. Au toucher rectal, on sentit une tumeur dans le cul-de-sac de Douglas. Le doigt revint couvert d'un mucus sanguinolent.

Le diagnostic d'invagination aiguë étant porté, on fit la laparotomie deux heures après l'admission.

Après une laparotomie médiane, on découvrit dans le pelvis une invagination portant sur la dernière partie du petit intestin qui s'était invaginé dans le côlon ascendant, transverse et descendant. Après réduction, les parois du petit intestin et du cæcum furent trouvées infiltrées, avec extravasations sanguines.

Après l'opération, les vomissements cessèrent entièrement. Il y eut plusieurs selles, et une grande quantité de sang fut évacuée. L'enfant sembla aller très bien pendant deux jours, puis le pouls redevint rapide (entre 130 et 149). Le soir du troisième jour, l'enfant tomba en collapsus et mourut.

Observation XXIV.

John BARLOW (1).

Fillette de cinq mois, admise à l'infirmerie royale de Glasgow, le 13 septembre 1896, à 3 h. 30, pour douleurs

(1) John Barlow. — Two cases of intussusception in infant, *The Lancet*, 4 fév. 1899, p. 291.

abdominales et nausées. La fillette avait toujours été bien portante, lorsque la veille de son admission, elle présenta des coliques intestinales. Dix-huit heures avant son admission, elle commença à crier et à remuer les jambes : aucune évacuation par le rectum. Huit heures avant son admission, elle eut des vomissements fréquents qui ne se renouvelèrent pas dans la suite.

Deux heures plus tard, elle eut une légère évacuation rectale sanguinolente. Ce phénomène se répétant, la mère alla consulter le Dr Patrick qui ordonna le transfert de la malade à l'infirmierie de Glasgow. Quand je vis l'enfant, je lui trouvai les pupilles contractées (phénomène sans doute en rapport avec un paquet de « poudre » administrée par la mère la veille), des douleurs abdominales et du sang autour de l'anus. A la palpation de l'abdomen, je constatai qu'il n'existait pas de tension abdominale ; et je pus déterminer facilement l'existence d'une tumeur, siégeant du côté droit et pointant vers l'ombilic. Cette tumeur était légèrement mobilisable dans tous les sens ; elle était douloureuse à la pression. Je recommençai l'examen sous chloroforme, et j'essayai de réduire l'invagination par une insufflation de gaz hydrogène, jointe au massage. La tumeur diminua mais ne se réduisit pas entièrement. Dès lors je me décidai à faire une laparotomie médiane.

L'invagination portait sur la région iléo-colique. La réduction fut opérée par une douce traction sur l'iléon jointe à la compression de la masse dans le côlon, tout près de l'iléon ; il s'était produit quelques adhérences de la gaine avec la portion séreuse de l'intestin invaginé ; elles furent doucement rompues.

La portion de l'intestin invaginée était rouge, épaisse.

On referma la plaie par trois plans de suture, au catgut.

J'appris par la suite que l'enfant avait mangé de grandes quantités de fruits le 12 septembre. Là est peut-être la cause de la maladie.

L'enfant guérit sans incidents.

Observation XXV.

John BARLOW (1).

Garçon de 7 mois, reçu à l'hôpital, le 18 avril 1898, à 11 heures du soir. L'enfant avait été vu dans l'après-midi par le Dr Robert Grieve de Glasgow. La mère rapporte que l'enfant commença à se plaindre vers deux heures de l'après-midi. De bonne humeur d'ordinaire, l'enfant s'était mis tout d'un coup à crier et ses cris s'étaient ensuite renouvelés à courts intervalles. Dans la même heure, survinrent, des vomissements, puis de la diarrhée avec émission de sang et de matières glai-reuses. L'enfant était nourri au sein, et la mère n'avait fait, autant qu'elle pût se rappeler, aucun écart de régime. A son entrée à l'hôpital, l'enfant souffrait de douleurs abdominales survenant toutes les minutes, mais il ne présentait pas de collapsus.

(1) John Barlow. — *The Lancet*, 4 fév. 1899.

La palpation démontrait l'existence d'une tumeur s'étendant au voisinage de l'ombilic et dans le flanc gauche. Pendant l'examen, et dans une des crises douloureuses, un mélange de sang et de glaires fut évacué par l'anus.

On donna du chloroforme. La réduction par le massage ayant échoué, je fis la laparotomie médiane. Elle fit découvrir une masse brunâtre formée du gros intestin. La partie gonflée avait environ huit pouces de longueur s'étendant de 2 pouces à gauche de l'ombilic en haut, jusqu'à la fosse iliaque droite en bas. Il me fallut, pour faire la réduction, agrandir mon incision de la paroi jusqu'à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Le cæcum et l'appendice furent trouvés rouges, leurs parois épaisses ; et à la réduction, on vit un peu de liquide séreux.

Le petit intestin était distendu jusqu'à une distance de un pied au-dessus de l'invagination. Au delà, il était contracté.

Quand je vis l'enfant le lendemain, il avait eu une selle sanguinolente. La suite se passa sans incident. L'enfant quitta l'hôpital 19 jours après l'opération.

Observation XXVI.

LEDIARD (1).

Enfant âgé de 6 mois, admis à l'hôpital dans l'après-midi du 18 mai. La maladie avait commencé, dans la nuit du 17 au 18, par des vomissements et de la diarrhée accompagnée plus tard d'évacuations glaireuses sanguinolentes.

Le Dr D. S., Doughty de Dalston vit le malade dans l'après-midi du 17. Il diagnostiqua une invagination et la réduisit par une injection d'anis et de liquide. Tous les symptômes disparurent alors, et l'enfant était parfaitement bien, lorsque les vomissements, etc., recommencèrent. Le Dr Doughty, de nouveau appelé près de l'enfant, conseilla une opération d'urgence. A son admission, l'enfant était très mal. Il criait presque constamment. Les vomissements, la diarrhée persistaient ; à la palpation on pouvait sentir un gros boudin situé transversalement juste au-dessus de l'ombilic ; une autre masse pouvait être perçue dans le flanc gauche, juste au-dessus du bassin. On avait l'impression de deux invaginations distinctes. Le toucher rectal ne donnait aucun renseignement. Comme cet état était survenu après l'application de l'insufflation, on ouvrit le ventre immédiate-

(1) Dr H.-A. Lediard. — Cumberland Infirmary. Two cases of intussusception operation. Recovery, *The Lancet*, 17 février 1900.

ment. On trouva une invagination très étendue ayant au moins 10 pouces de long, s'étendant sur le côlon descendant, l'angle splénique et sur le côlon transverse.

La réduction fut effectuée par une traction douce et prolongée, et la dernière portion de l'intestin qui parut fut le cæcum et l'appendice. L'invagination avait donc porté sur la totalité du gros intestin — Les sutures furent faites. — L'opération avait duré 20 minutes.

Pendant quelques jours, l'enfant présenta des vomissements par intermittences ; puis ces phénomènes disparurent.

L'enfant était complètement guéri le 3 juin, moins de 3 semaines après l'opération.

Observation XXVII.

FARMER (1).

S. D., garçon âgé de 10 mois, fut admis dans la soirée du 30 novembre 1899 à l'hôpital. L'enfant s'était très bien porté jusqu'au 29 novembre dans la matinée, lorsque, vers 9 h. 30 du matin, il se mit à crier. Peu de temps après, il vomit. Pendant le reste de la journée, l'enfant vomit de temps en temps, et la constipation s'établit. On lui administra une poudre le soir. Le len-

(1) G. Farmer. — A case of acute intussusception ; laparotomy, reduction and recovery, *British med. journ.*, 26 mai 1900, p. 1284.

demain matin, l'enfant eut une selle mélangée de sang ; l'état général devint rapidement plus mauvais.

Un docteur appelé fit le diagnostic d'invagination et envoya l'enfant à l'hôpital.

A son arrivée, l'enfant avait les yeux excaves, le visage tiré ; il poussait de courts gémissements à de fréquents intervalles. L'abdomen était distendu. On sentait une résistance nette dans la région lombaire droite. Le pouls était très rapide, difficilement perceptible ; 30 respirations par minute, 98° Fahrenheit.

Presque immédiatement après son admission, l'enfant rendit du sang et du mucus par le rectum.

Je vis l'enfant très peu de temps après. Son état me parut si critique que je décidai de pratiquer la laparotomie sans aucun retard. Le chloroforme fut donné. Je fis une laparotomie médiane sous-ombilicale. Dans la fosse iliaque et la région lombaire droite, je trouvai une tumeur en forme de boudin, s'étendant depuis la valvule iléo-cæcale, jusqu'au côlon ascendant. Cette masse avait environ 2 pouces de long. Le côlon ascendant n'avait pas de méésentère. La réduction fut faite...

Les effets de l'opération furent presque instantanés. Le pouls revint à son état normal. Une selle non mélangée de sang se produisit deux heures après l'opération. L'enfant eut une guérison rapide et sans incidents.

Observation XXVIII.

MONSARRAT (1).

Un petit garçon âgé de 5 ans, fut admis à l'Infirmierie des enfants à Liverpool, le 25 juin, à 3 heures de l'après-midi.

Vingt-quatre heures avant son admission, l'enfant s'était mis à crier, évidemment en proie à une grande douleur. Peu de temps après, il eut une selle verdâtre visqueuse. La mère lui donna alors de l'huile de ricin ; à 6 heures, il rendit un peu de sang par l'anus ; les évacuations sanguines se renouvelèrent jusqu'à 9 heures le soir. Puis s'établit la constipation, tandis que les douleurs se prolongeaient jusqu'à l'admission. A ce moment, l'enfant était en collapsus.

Température 90° Fahrenheit. Le toucher rectal révèle facilement l'existence d'une tumeur que la palpation abdominale permet de localiser à la région lombaire droite avec prolongement pelvien.

Opération à 4 heures du soir. Incision sur la ligne semi-lunaire droite. Environ 18 *points* d'intestin étaient invaginés. Les deux derniers *points* ne purent être réduits. On fit donc une entérectomie suivant le méthode de Barker. L'intussusception était du type iléo-colique.

(1) Monsarrat. — Four cases of laparotomy for intussusception, *Brit. Med. Journ.*, 17 nov. 1900, p. 1431.

L'enfant ne reprit pas connaissance et mourut une heure après l'opération.

Observation XXIX.

MONSARRAT (1).

Fillette âgée de 7 mois, admise le 10 juin. Le matin du 9 juin, l'enfant eut une selle verte et des douleurs abdominales. A 9 heures du soir, elle vomit, rendit du sang par le rectum. Ces deux symptômes persistèrent pendant la nuit et jusqu'à son admission. Elle fut amenée à l'hôpital à 6 heures du soir. L'abdomen était distendu et on trouva facilement une tumeur bien définie dont la tête était perceptible au doigt par le toucher rectal.

Opération à 8 heures du soir. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Une quantité considérable de liquide séro-sanguinolent s'échappa lorsque le péritoine fut incisé. L'invagination fut facilement réduite.

Après l'opération, le pouls était très faible et très rapide... Jusqu'au 14 juin, la température resta supérieure à la normale, atteignant 103° F le 12 et le 13; les signes de catarrhe intestinal persistaient. Cependant, à partir du 14, une amélioration se produisit, et maintenant (15 septembre) l'enfant est complètement guéri.

(1) Monsarrat. — Four cases of laparotomy for intussusception, *Brit. Med. Journ.*, 17 nov. 1900, p. 1431.

Observation XXX.

MONSARRAT (1).

Garçon de 7 mois admis à l'hôpital le 16 juin.

Le soir du 15 juin, l'enfant vomit et eut en peu de temps plusieurs selles glaireuses et teintées de sang. L'enfant avait toujours été nourri au sein, et avait toujours eu des gardes-robes bien réglées. A son admission, il était en collapsus, mais ne paraissait pas souffrir beaucoup. On ne sentait pas de tumeur par la palpation abdominale ni par le toucher rectal. Le doigt ramena un peu de mucus verdâtre, mais pas de sang. On pensa à une gastro-entérite et l'on ne vit pas d'urgence à une opération. On donna à l'enfant 2 onces de lait peptonisé à 7 heures. Il ne les vomit pas. A 11 heures, la même quantité de lait administrée fut vomie. Il ne put rien garder de ce qu'on lui donna par la suite. La constipation était opiniâtre.

Durant l'après-midi, en examinant l'abdomen, on sentit une augmentation de la résistance à droite de l'ombilic. On fit la laparotomie et on trouva et réduisit facilement une invagination de 6 pouces de long...

Cependant l'enfant mourut dans l'après-midi du 18 juin.

(1) Monsarrat. — Four cases of laparotomie for intussusception, *Brit. Med. Journ.*, 17 nov. 1900, p. 1431.

Observation XXXI.

Cas d'intussusception chez un enfant de huit mois. Opération. Guérison. — P. MURRAY KER (1). Résumé.

A la suite d'une purgation à huile de ricin, l'enfant est pris de vomissements, d'arrêt de matières, en même temps qu'une certaine quantité de sang sort par l'anus.

L'enfant prend un peu de laudanum. Un lavage d'intestin est donné sans résultat.

Le lendemain, l'état est le même. Opération décidée. Laparotomie. On tombe sur une tumeur formée par l'invagination de la région iléo-colique. Cette invagination est réduite sans trop de difficultés.

La plaie guérit par première intention : l'enfant sortit guéri quelques jours plus tard.

(1) P. Murray Ker. — Case of intussusception of the Bowel in a Child aged 8 months ; operation, recovery, *British med journal*, 24 nov. 1900, p. 1499.

Observation XXXII

LYOT (1).

Le mercredi soir, 18 oct. 1899, M. Grosse, interne du service de Kirrnisson, recevait à l'hôpital Trousseau un petit garçon de 10 mois qui, tout d'un coup, à 7 heures du soir, avait commencé par pousser des cris et à se débattre, en même temps qu'il présentait des vomissements alimentaires. La figure est pâle et fatiguée, le pouls à 120 ; l'enfant s'agite et pousse des cris incessants ; de temps en temps, il rejette en vomissant une petite quantité de liquide clair. Bien que le ventre ne soit que modérément ballonné, la palpation est rendue difficile par suite des cris et des mouvements de l'enfant ; on arrive cependant, dans les moments de calme, à sentir profondément dans la fosse iliaque une tumeur mobile du volume d'une noix. Le toucher rectal démontre que l'intestin est vide, mais le doigt renverse une certaine quantité de matières teintées de sang. Jugeant à ces symptômes qu'il avait affaire à une invagination intestinale, M. Grosse fit immédiatement appeler le chirurgien de garde ; c'est ainsi que M. Lyot put opérer l'enfant 4 heures après le début des accidents.

Le petit malade fut endormi, et le chirurgien fit, au

(1) Lyot. — *Soc. de Chirurgie*, 14 fév. 1900. Rapp. de Kirrnisson, 4 avril.

niveau même de la tumeur, une incision longue de 3 travers de doigt. Il put facilement attirer au dehors la tumeur et vérifier qu'il s'agissait bien d'une invagination iléo-colique. Une faible traction exercée sur les 2 bouts de l'intestin permet de détruire l'invagination; les surfaces péritonales étaient absolument saines; seule la partie terminale de l'iléon invaginé était un peu épaissie. Une légère dépression circulaire marquait la place de la constriction exercée par le collet de l'invagination, à 5 centimètres au-dessus de l'angle iléo-cæcal. L'appendice était très long, volumineux, tordu sur lui-même et congestionné. M. Lyot en fit la résection après l'avoir lié en masse à sa base. Le paroi abdominale fut fermée par un seul point de suture, au cri de Florence.

Au bout de 7 jours, l'enfant put être rendu à sa mère. Les sutures furent enlevées le 10^e jour. Depuis lors, le petit malade est resté bien guéri.

Observation XXXIII.

TYMMS (1).

A 6 heures du soir, le 15 novembre dernier, le petit malade, garçon de 4 mois et 10 jours, fut subitement pris de vomissements bientôt suivis de collapsus. Il

(1) Tymms. — Case of acute intussusception in an infant aged 4 months. Laparotomy, recovery. *British med. Journ.*, 9 février 1901, p. 341.

semblait avoir des douleurs abdominales ; peu de temps après, il eut une selle parfaitement normale. La mère inquiète appela, à 7 heures du soir, le docteur Addison qui trouva une tumeur occupant le côté gauche de l'abdomen. Le toucher rectal ne donna aucun renseignement. Une invagination étant diagnostiquée, l'enfant fut envoyé à l'hôpital.

A son admission, l'enfant était en collapsus, les extrémités froides. Les vomissements étaient fréquents.

La paroi abdominale flaccide permettait de sentir une tumeur dans la région du côlon descendant. Il y avait un peu de résistance dans la fosse iliaque droite. On donna un bain chaud à l'enfant qui fut préparé pour l'opération.

Pendant qu'il était sur la table d'opération, l'enfant rendit une grande quantité de mucus teinté de sang par le rectum. -- Aussitôt après, laparatomie, invagination du côlon descendant s'étendant de l'angle splénique jusqu'à l'entrée du pelvis. — Sur le petit intestin, deux petites invaginations sur le jéjunum. Le côlon transverse ni le côlon ascendant n'étaient visibles.

Réduction des 2 petites invaginations intestinales.

Réduction de la grosse invagination colique. Le cæcum et l'appendice étaient très congestionnés ; mais l'intestin semblait sain.

Quelques heures après l'opération, la température atteignit 102° F ; mais elle revint bientôt à la normale. Les premières selles furent muco-sanguinolentes, puis la guérison se fit sans incidents.

Observation XXXVI.

HOWES ET GIBBINGS (1).

S. L., garçon âgé de 7 mois, admis à l'hôpital le 25 avril 1901.

Le 23 avril, il fut pris subitement d'une « crampe » dans l'estomac qui lui fit pousser des cris continuels. Il vomissait chaque fois qu'il tétait, et il rendit un peu de sang et de glaires par le rectum. Les mêmes symptômes se manifestèrent le lendemain, mais il ne rendit ni sang ni glaires par l'anus. Le 24 avril, vomissements; deux selles muco-sanguinolentes.

L'enfant avait déjà été traité par la laparotomie, du 16 janvier au 16 février, à l'hôpital, pour une invagination iléo-cæcale.

A son entrée, l'enfant était en collapsus. L'abdomen était distendu et une tumeur pouvait être sentie dans la région de l'angle hépatique du côlon. Une évacuation de mucus strié de sang suivit le toucher rectal.

Opération par M. le Dr Arcy Power. Invagination colocolique vers le milieu du côlon transverse.

Réduction facile. Cæcum atteint d'inflammation chronique. Adhérence de l'iléon au côlon ascendant sur une certaine distance. Appendice sain mais très long.

(1) Howes et Gibbings. — Two cases of colo-colic intussusception operation; recovery. *British med. journ.*, 8 juin 1901, p. 1404.

Pas d'invagination iléo-cæcale ou iléo-colique. Les adhérences du côlon ascendant et de l'iléon sont rompues.

Après l'opération, pas de vomissements.

L'enfant sort guéri de l'hôpital le 5 mai.

Observation XXXV.

HOWES ET GIBBINGS (1).

E. E., fillette de 12 mois, admise le 3 mai, à 6 heures 30 du soir.

L'enfant était dans sa bonne santé habituelle le 2 mai. Dans la matinée du 3, elle se mit à crier ; elle vomit à plusieurs reprises dans la journée, et rendit du sang et des glaires par le rectum.

Au moment de son admission, l'enfant souffrait, mais n'était pas en collapsus. L'abdomen était un peu distendu ; il y avait une tumeur nette au-dessus du rebord costal droit. Le toucher rectal ne donna aucun renseignement. Il fut suivi d'une évacuation de mucus strié de sang.

Laparotomie à 10 heures du soir, par M. Arcy Power. Au niveau de l'angle hépatique du côlon, invagination colo-colique. Le côlon ascendant et le côlon transverse

(1) Howes et Gibbings. — Two cases of colo-colic intussusception, operation ; recovery, *British. med. journ.*, 8 juin 1901, p. 1404.

étaient sains, mais en passant la main dans la fosse iliaque droite, on trouva une masse formée par le cæcum atteint d'inflammation chronique et plusieurs ganglions hypertrophiés; situés au niveau de l'angle iléo-colique.

Après l'opération, vomissements jusqu'au 5 mai. Guérie le 18 mai.

Observation XXXVI. (Résumée.)

MOUTARD MARTIN (1).

Le dimanche 22 décembre 1901, je fus appelé auprès d'un petit garçon de 4 mois $1/2$, très robuste, pesant 15 livres, n'ayant jamais été malade. Il s'était mis à grogner, à pleurer, à manifester un état de malaise vers 3 heures. Il avait eu des vomissements. Je le voyais à 5 heures. A ce moment, l'enfant n'avait pas de fièvre. Le ventre était souple, indolent, sans météorisme. Pas d'éruption sur la peau. Rien aux poumons ni au cœur. Rien du côté des os ou des articulations. Je donne une potion calmante.

Le lendemain lundi, 23 décembre, la situation était la même. L'enfant continuait à se plaindre. Mais rien du côté du ventre, pas de fièvre. Ce même jour, à 5 heures du soir, rien n'était changé. Mais on me montrait, sur

(1) Moutard Martin. — *Soc. méd. hôp.*, 31 janv. 1902.

ma demande, la dernière couche, et je remarquai, sur le bord de la partie mouillée, un liseré de couleur rougeâtre qui semblait dû à du sang. En même temps, j'apprenais que l'enfant n'avait pas rendu de matières en quantité normale pendant cette journée et qu'il avait eu deux couches salies par un peu de diarrhée verte, me dit-on. — Même apyrexie. Même absence de renseignements fournis par la palpation du ventre. Les vomissements continuent.

Mardi 24 décembre. -- Nuit mauvaise. Pas de fièvre. Pas de tumeur abdominale. Mucosités légèrement sanguinolentes dans les couches.

Le soir, même état; une couche nettement teintée de sang.

Une seule fois l'enfant a pris le sein et gardé le lait absorbé.

Il a vomi toutes les autres fois qu'il a consenti à prendre le sein.

Mercredi 25. — Fièvre peu élevée mais pouls très rapide, ventre non météorisé, indolent. Tumeur dure, du volume d'une grosse noix, légèrement allongée à l'union de l'hypochondre et de la fosse iliaque gauche.

A ce moment, je fais le diagnostic d'occlusion intestinale.

A 4 heures du soir, Sevestre, par le toucher rectal, sent la tête de la tumeur.

Jeudi 26. — Un chirurgien est appelé. Il donne un lavement électrique.

Le soir, enfant très faible. — Injection de 500 grammes de sérum.

Opération à 10 heures du soir. Réduction de l'invagination qui comprenait le cæcum, l'appendice et quelques centimètres d'intestin grêle, le tout invaginé dans le gros intestin.

Guérison.

Observation XXXVII (1).

RIGBY.

Garçon de 5 mois, admis au London Hospital le 26 décembre 1902. — La maladie avait commencé trois jours avant, par une douleur abdominale très violente ; on avait alors noté la présence de sang dans les fèces. L'enfant avait toujours eu des vomissements depuis lors jusqu'à son admission. Au moment de son entrée à l'hôpital, il était en collapsus, avait le facies abdominal. Son pouls était faible et incomptable. L'abdomen était très distendu. On ne pouvait y sentir, par la palpation, aucune tumeur bien définie. L'état général fut jugé trop mauvais pour qu'on tentât une opération et l'enfant mourut 4 heures après son admission. A l'autopsie, on trouva une invagination portant sur la portion ascendante et la portion transverse du côlon. Tout le petit intestin était distendu. L'invagination était difficilement réductible.

(1) Rigby. — Note on the results of the treatment of an unusual serie of cases of acute intussusception. *The Lancet*, 7 février 1903.

Observation XXXVIII.

RIGBY.

Fillette de 5 mois admise au London Hospital le 26 décembre 1903. L'enfant avait été bien portant jusqu'au 25 décembre, 5 heures après-midi. Tout d'un coup elle se mit à crier. La mère lui donna une cuillère à thé de sirop de rhubarbe. Du sang fut noté dans la selle suivante et une grande quantité de sang fut évacuée pendant la nuit en 4 ou 5 selles. L'enfant commença à vomir pendant la nuit ; les vomissements ont continué à se produire jusqu'à son admission. A son entrée, l'enfant parut de bonne constitution ; elle n'était pas en collapsus. Mais les extrémités étaient froides et l'enfant était agitée. A la palpitation de l'abdomen, on trouva une tumeur en boudin, facile à délimiter, siégeant transversalement à travers l'abdomen et s'étendant à la région iliaque gauche. La tête de l'invagination pouvait être aussi sentie à travers le rectum. Le reste de l'abdomen était souple et non distendu. L'opération fut faite 4 heures et demie après l'admission. — Laparotomie. Réduction de la tumeur. — Durée de l'opération : 15 minutes.

Suites opératoires : une selle sanglante 3 heures après l'opération.

Température à 104° Fahrenheit le soir du jour de l'opé-

ration. — La température revient à la normale deux jours après.

Observation XXXIX.

RIGBY.

Garçon de 6 mois admis au London Hospital le 29 décembre 1902. Deux jours auparavant, à 6 heures du soir, il avait commencé à crier. Peu de temps après, il eut une selle glaireuse sanguinolente.

Depuis cette date, l'enfant est constipé. Les vomissements ont été incessants. L'enfant a toujours été nourri au sein. A son entrée, on remarqua qu'il était bien développé. La paroi abdominale était rigide. Aucune tumeur ne fut sentie à la palpation. Le toucher rectal ne donna aucun renseignement ; le doigt ramena seulement un peu de mucus sanguinolent. L'opération fut décidée. L'enfant étant endormi, on sentit facilement une tumeur verticale placée dans la fosse iliaque et dans le flanc droits. Une incision oblique de 2 pouces $1/2$ de long fut faite dans la ligne semi-lunaire droite. La réduction de l'invagination se fit avec difficulté, le péritoine de la portion invaginée étant déchiré sur une longueur d'un pouce environ : il ne fut pas suturé. Les deux derniers *points* de l'iléon étaient invaginés à travers la valvule iléo-cæcale et formaient ainsi le sommet de l'invagination, entraînant avec eux la valvule iléo-cæcale (variété iléo-colique iliaque de Leichtenstein).

Observation XL.

RIGBY.

Garçon de 6 mois admis au London Hospital le 29 décembre 1902. L'enfant avait été très bien portant jusqu'au 28 décembre, 7 h. 30 du soir. A ce moment, il commença à crier et à souffrir ; on lui donna un peu de brandy. Pendant la nuit, l'enfant rendit par le rectum une bonne quantité de sang, et il vomit fréquemment. L'enfant avait toujours été nourri au sein. Pendant la dernière semaine, il avait eu de la diarrhée. A son entrée, on le trouva de constitution robuste, mais il était abattu ; son pouls était petit et rapide. A l'examen du ventre, on put aisément sentir une tumeur en boudin dans le flanc et la fosse iliaque gauches. Par le rectum, on pouvait sentir la tête de l'invagination à un pouce et demi de l'anus.

L'opération fut décidée. Une incision médiane fut faite au-dessous de l'ombilic. L'invagination ne put être réduite sans tirer l'intestin hors de la plaie. La réduction se fit avec difficulté, surtout pour les deux ou trois derniers *points*. La tête de l'invagination était formée par le caput cæci ; le cæcum et l'appendice étaient très injectés, oedématisés et couverts d'une sérosité épaisse qui fut époncée doucement. Les parois furent suturées. L'opération avait duré 15 minutes. Après l'opération, l'enfant était très prostré, les extrémités

étaient froides ; $\frac{1}{120}$ de grain de strichnine fut donné en injection hypodermique. Il y eut évacuation d'une selle sanglante 9 heures après l'opération. Le jour suivant, l'état général était très amélioré...

Observation XLI.

RIGBY.

Fillette de 9 mois admise au London Hospital le 2 janvier 1902. Elle avait des vomissements depuis 7 jours. Deux jours avant son admission, elle avait présenté une évacuation sanglante ; elle avait perdu beaucoup de sang depuis ce moment. A son admission (11 heures matin), l'enfant était en collapsus. Les lèvres étaient pâles et les yeux étaient enfoncés. Les parois abdominales se laissant bien déprimer, on put sentir une tumeur dans la région iliaque gauche ; le toucher rectal ne donna aucun renseignement. L'opération fut faite à 1 heure de l'après-midi. Une incision médiane fut faite au-dessous de l'ombilic. L'intestin fut attiré hors de la plaie. La tumeur s'étendait jusqu'au rectum. La tête était constituée par la valvule iléo-cæcale. Il y avait beaucoup d'œdème dans la partie inférieure de l'iléon, dans le cæcum et l'appendice. Pendant les manœuvres de réduction, l'enfant s'arrêta de respirer. On dut faire la respiration artificielle pendant quelques minutes...

L'enfant fut extrêmement abattu après l'opération ; on lui donna 200 gr. de sérum en injections sous-cutanée. A 7 heures du soir, le même jour, elle eut plusieurs vomissements dus au chloroforme ; elle était alors très agitée ; la température avait atteint 106° Farenheit et le pouls était incomptable. On fit par le rectum une injection de sérum de 6 onces environ et une injection hypodermique de morphine ($\frac{1}{24}$ c. de grain) fut ordonnée.

Cette médication eut le plus heureux effet. La fillette dormit pendant la nuit, et le lendemain elle était très améliorée. Le 8 janvier, l'enfant présenta une douleur abdominale accompagnée de vomissements ; la température était montée à 101° Farenheit. La palpation du ventre ne décéla aucune tumeur. Ces accidents se calmèrent et la guérison survint par la suite sans encombre.

Observation XIII.

A. MORGAN (1).

Enfant de 20 mois. Pas de maladies antérieures, sauf une stomatite ulcéreuse, 4 mois auparavant. Ce petit garçon était bien portant le 16 mars 1903, mais ayant

(1). A. Morgan. — A case of ileo-colic intussusception associated with tuberculous ulceration of the intestines, *The Lancet*, 18 avril 1903, p. 1098.

mangé sans permission du gâteau, sa mère lui donna, par précaution, de l'huile de ricin. Pendant la nuit, il eut une selle muqueuse. Le 17, à 1 heure de l'après-midi, l'enfant vomit et devint pâle comme un mort. Je le vis à 2 heures.

Pas de douleur prononcée.

L'abdomen était mou ; on n'y sentait aucune tumeur. Pas de sang par le rectum. Température, à 98° Fahrenheit. Pouls à 100.

Je revis l'enfant le lendemain 18, de bonne heure. Je lui trouvai un mauvais état général. Une once de sang pur avait été rendu par le rectum à 4 heures du matin. L'enfant avait vomi trois ou quatre fois ; il n'accusait pas de douleur. Les parois abdominales se laissaient déprimer ; je ne sentis pas de tumeur distincte ; mais dans le flanc gauche, je trouvai un certain empâtement. Par le toucher rectal, je pensai avoir trouvé, tout à fait en haut, une masse ; en tout cas, le doigt revint couvert de sang. La température était à 100,4 F. le pouls à 110. Je diagnostiquai une invagination. M. R. W. Murray vit l'enfant avec moi plus tard le même jour, confirma mon diagnostic et ouvrit le ventre. On trouva une invagination iléo-colique. La réduction se fit difficilement. Les ganglions mésentériques étaient hypertrophiés. L'enfant alla mieux pendant quelque temps, mais il mourut 12 heures après l'opération, 39 heures après le début de l'invagination.

Il y eut opposition à l'autopsie ; mais on me permit d'enlever par la plaie abdominale le cæcum et 8 pouces de l'iléon. Au point qui avait été la tête de l'invagination, les tuniques de l'intestin étaient infiltrées

et il y avait une congestion marquée de ce point jusqu'à la valvule iléo-cæcale. En ouvrant l'intestin, je pus remarquer plusieurs ulcérations tuberculeuses à leur période de début ; et à l'endroit qui avait été la tête de l'invagination, la tunique muqueuse commençait à se détacher.

Observation XLIII.

ATTLEY (1).

Garçon de 6 mois reçu à Saint-Bartholomew's Hospital, le 23 février, pour un état morbide qui s'était déclaré subitement le 20, à 7 heures du soir. Le lendemain 21, sang dans les selles, vomissements. Même état le 22. Enfant au sein, très bien portant d'habitude. Le bébé est couché sur le dos, les jambes pliées, criant sans cesse ; peu de fièvre ; pouls à 120 ; respiration 36. Ventre non distendu. Rien à la palpation.

Rectum vide ; le doigt ramène du sang. M. d'Arcy Power pratique la laparotomie à 1 heure 15, une heure et quart après l'admission. Chloroforme. Incision médiane entre l'ombilic et le pubis. L'exploration de l'intestin montre une partie de l'iléon très congestionnée sur une longueur de 7 à 8 centimètres. En un point, l'intestin était resserré ; cependant pas d'invagination. On referme après suture. L'enfant guérit.

(1) Dr Attley. — Case of ileo-iliac intussusception spontaneous reduced, *British méd. journ.*, 25 avril 1903.

Observation XLIV.

RIDDELL (1).

Enfant né en 1895.

Nourri au sein. Occasionnellement autres aliments.
Attaques de diarrhée et de coliques.

A l'âge de 5 mois, un soir, douleur soudaine abdominale avec cris violents. L'enfant vomit toute la nourriture qui lui est donnée et fait des selles semblables, suivant la mère, à de la gelée de pommes.

Le lendemain, il souffre et vomit une quantité de liquide brun verdâtre qui sentait « comme une selle ». Par l'anus, évacuation d'une quantité considérable de sang.

Mort le troisième jour.

Le diagnostic d'invagination intestinale n'a pas été posé par le médecin traitant. Cependant, d'après cette histoire, Riddell considère qu'il s'agit là d'un cas bien marqué d'invagination.

(1) Riddell, Rotterdam. — Trois observations d'invagination intestinale dans la même famille. *British. med. journ.*, 10 janv. 1903, p. 72.

Observation XLV.

Garçon né en 1900. Robuste et sain.

A 7 mois, troubles digestifs habituels de la dentition.

Un soir, un peu de sang dans une selle. Cris durant la plus grande partie de la nuit.

Le lendemain, vomissements. Evacuation de sang par l'anus. Sur le soir, les vomissements deviennent bruns et fétides.

Le surlendemain, évacuation de sang par l'anus.

Un médecin, appelé, diagnostique une invagination. L'enfant est opéré et l'on trouve une invagination, qui est réduite sans grande difficulté.

Guérison.

Observation XLVI.

Enfant né en 1901.

A 7 mois, il perce ses dents et il a quelques troubles intestinaux provoquant des attaques de diarrhée, alternant avec de la constipation.

6 mai. — Le soir, un peu de sang est rendu dans une selle. Une heure plus tard, il commence à crier, et il a des vomissements alimentaires. Puis du sang est expulsé en grande quantité, par l'anus.

La mère, instruite par les deux cas précédents, present une invagination et conduit l'enfant à un chirurgien.

L'enfant est affaibli, les yeux éteints, le pouls rapide et petit. L'abdomen n'est pas distendu, ni dur, et il est aisé de sentir une masse allongée dans la partie supérieure des régions lombaire et ombilicale droites.

Opération immédiate, faite par Riddel. Laparotomie médiane. On tombe sur une invagination. Elle est réduite facilement.

Guérison sans accidents.

CONCLUSIONS

1° — Le mélæna constitue un signe de premier ordre de l'invagination intestinale aiguë.

2° — Chez le nourrisson, il s'observe dans plus de 90 0/0 des cas. C'est un signe presque toujours précoce de l'intussusception. Généralement, il se manifeste quelques heures après le début des accidents. Au milieu de selles sanguinolentes, on voit souvent apparaître une selle composée uniquement de sang pur et assez abondante. Cette selle purement sanglante est d'une grande valeur diagnostique.

3° — Le mélæna est accompagné au début par des douleurs abdominales et des vomissements. Ces deux signes manquent très rarement. Au contraire, le boudin cæcal peut ne pas être perçu ; et le ballonnement du ventre ne se manifeste qu'à la fin des accidents.

4° — Dans la première enfance, et principalement dans la première année, le mélæna, sur-

tout s'il s'agit d'une selle purement sanglante et assez abondante, ne saurait guère prêter à erreur et peut être considéré comme relevant toujours d'une invagination intestinale aiguë.

5° — Cette importance du mélæna, dans la symptomatologie de l'intussusception, permettra donc un diagnostic précoce, et par conséquent une intervention chirurgicale rapide.

Vu : le Président de la thèse,
DIEULAFOY.

Vu : le Doyen,
DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE (1).

- RILLIET. — *Gaz. hôp.*, janv. fév. 1852.
- RAFFINESQUE. — De l'invagination chronique, *Th.*, Paris, 1878.
- HOBSON. — Intussusception In an Infant cured by injections of warm water under chloroform, *British med. Journ.*, 2 sept. 1882, p. 425.
- TRÉVÈS. — De l'occlusion intestinale, Londres, 1884.
- GRIFFITH. — A case of intussusception, *The Lancet*, 23 mai 1885, p. 973.
- DAY. — *The Lancet*, 1885, t. II, p. 570.
- JOYAU. — Des hémorrhagies intestinales du premier âge, consécutives à l'invagination. *Th.*, Bordeaux, 1886-87.

(1) Nous n'avons pas la prétention de faire ici toute la bibliographie de la question. On trouvera du reste des index bibliographiques très complets dans le Mémoire de Rilliet. *Gaz. des hôpitaux*, 1852, dans la *Thèse* de Trouvé, Paris, 1897-98, dans la *Thèse* de Eloy, Paris, 1900, et surtout dans le rapport de Grisel sur l'Invagination (Congrès de Rouen, 1904). Nous ne citons ici que les articles que nous avons indiqués au cours de notre *Thèse*.

- OUSTANIOU. — *Revue des maladies de l'Enfance*, novembre 1889.
- HOWARD MARSH. — *The Lancet*, 14 février 1891, p. 367.
- KRÖENIG. — Soc. de méd. interne de Berlin, 15 juin 1891.
- LYOT. — Société anatomique. Séance du 16 juillet 1891.
- ROBERTS. — *The med. and Surg. reporter*, 29 sept. 1894, p. 428.
- VANVERTS. — *Bull. soc. anat.*, 1895.
- BROCA. — *Bull. et mém. de la soc. de chirurgie de Paris*, 1896, t. XXII, p. 180.
- DELCROIX. — *Annales de l'Institut chirurgical de Bruxelles*, 1896.
- PETIT. — *Bulletin de soc. anat.* — 30 oct. 1896, p. 709.
- LEGUEU. — *Bulletin soc. anat.*, 1896, p. 191.
- MECK. — *Medical Record*, 1897.
- COSTANTINESCO. — Hémorrhagies intestinales chez l'enfant, *Th.*, Paris, 1897.
- POPPERT. — *Munch med. Woch.*, 1897.
- TROUVÉ. — De l'invagination intestinale chez l'enfant, *Thèse*, Paris, 1897-98.
- BURLOW. — Two cases of intussusception in enfants, *The Lancet*, 4 février 1899, p. 291.
- PACKARD. — *Annals of gyn. and Ped.*, février 1899.
- AUDEOUD. — *Revue médicale de la Suisse Romande*, 20 février 1899.
- G. HEATON. — The Prognosis and Treatment of acute intussusception. *British med. Journ.*, 22 avril 1899, p. 957.
- ELIOT. — Des projets du traitement chirurgical de l'invagination, *Th.*, Paris, 1900.
- LYOT. — Société de chirurgie, 14 février 1900. Rapport de Kirmisson, 4 avril.
- LEDIARD. — Cumberland Infirmary Two cases of intussusception, operation. Recovery, *The Lancet*, 17 fév. 1900.
- FARMER. — A case of acute intussusception; laparotomy reduction and recovery, *British med. Journ.*, 26 mai 1900, p. 1284.

- NORTHROP. — *Medical Record*, 6 mai 1900.
- MICHAUX. — Rapport à la Société de chirurgie, 27 juin 1900.
- MARFAN. — Le choléra infantile, *Presse Médicale*, 30 juil. 1900.
- MONTSARRAT. — Four cases of laparotomy for intussusception, *Brit. med. Journ.*, 17 nov. 1900, p. 1431.
- MURRAY KERR. — Case of intussusception of the Bowel on a child Aged 8 months, operation. Recovery, *British med. Journal*, Th., nov. 1900, p. 1599.
- TYMMS. — Case of acute intussusception in an infant aged 4 months. Laparotomy Recovery, *British medic Journ.*, 9 fév. 1901, p. 341.
- P. CAVAILLON. — *Province médicale*, juin 1901.
- HOWEGS et GIBBINGS. — Two cases of colo-colic intussusception operation ; recovery, *British med. Journ.* 8 juin 1901, p. 1404.
- MARLAUD. — *Echo médical de Lyon*, 1901.
- T. CECCHETELLI. — *Gazz. degli. osped.*, mars 1902.
- CUNING ASKIN. — Case of ileo-cæcal intussusception in a male infant aged of nine months., *The-Lancet*, 9 janvier 1902.
- MOULARR-MARTIN. — *Soc. med. hop.*, 31 janvier 1902.
dans la même famille, *British med. Journ.*, 10 janvier 1903, p. 72.
- RIGBY. — Note on the results of the treatment of an unusual series of cases of acute intussusception, *The Lancet*, 7 fév. 1903.
- ATTLEY. — *British Med. Journal*, 23 avril 1903.
- BARKER. — *Arch. de Langenbeck*, 1903, t. LXXI, p. 147.
- FORGET. — Fièvre typhoïde chez l'enfant, *Thèse*, Paris, 1903.
- A MORGAN. — A case of ileo-colic intussusception associated with tuberculous ulceration of the intestines, *The Lancet*, 18 avril 1903, p. 1098.
- RIDDELL. — Trois observations d'invaginations intestinale

GRISEL. — De l'invagination aiguë chez l'enfant. Rapport
au Congrès de Rouen, 1904.

GAILLIARD. — Article du *Traité de médecine*, Brouardel et
Gilbert.

JALAGUIER. — Article du *Traité des maladies de l'Enfance*,
de Grancher et Comby, t. II.

Imprimerie BUSSIÈRE. — Saint-Amand (Cher).
